Docteur Jean CHARLES
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de guerre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE OBSTÉTRICALE

DU

BASSIN DÉFORMÉ

PAR LA

DOUBLE LUXATION FÉMORALE

D'ORIGINE CONGÉNITALE

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
Louis ARNETTE
2, Rue Casimir-Delavigne

1921

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. COUVELAIRE

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris

Accoucheur de la clinique Baudelocque

Chevalier de la Légion d'Honneur. Croix de Guerre

PRÉFACE

C'est pour nous un devoir bien doux à remplir de venir, au début de ce modeste travail qui doit marquer la fin de nos études médicales, remercier les Maîtres éminents qui ont bien voulu nous guider de leur expérience et nous aider de leurs conseils.

Le regretté Professeur Debove fut notre premier Maître. Nous n'oublierons point les preuves d'affectueuse bienveillance qu'il n'a cessé de nous prodiguer au cours de notre stage dans son service de l'Hôpital Beaujon.

Nous remercions sincèrement et nous adressons ici nos témoignages de reconnaissance et de constante admiration à nos Maîtres dans les Hôpitaux :

Monsieur le Docteur Bazy, Chirurgien à l'Hôpital Beaujon.

Monsieur le Docteur A. Bergé, Médecin à l'Hôpital Broussais.

Nous avons eu la bonne fortune d'être l'externe de Monsieur le Professeur de Lapersonne à l'Hôtel-Dieu

et de Monsieur le Docteur Jules Renault, Médecin des Hôpitaux à l'Hôpital St-Louis.

Nous sommes heureux de pouvoir leur exprimer ici toute notre reconnaissance.

Nous devons des remerciements tout particuliers à Monsieur le Professeur Couvelaire qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, guidé dans notre travail et mis si aimablement à notre disposition l'important recueil de documents obstétricaux que constitue le Fonctionnement de la Clinique Baudelocque ainsi qu'un certain nombre de pièces du Musée Henri Varnier. Nous garderons toujours le meilleur souvenir de son dévouement et de son enseignement et le prions d'accepter l'hommage de notre profonde et respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que notre excellent ami, M. le Docteur Champeau, Chef de laboratoire adjoint à la Clinique Baudelocque, qui tant de fois s'est mis à notre disposition pour nous aider à mener à bien ce travail, reçoive nos plus affectueux remerciements pour sa si amicale et bienveillante collaboration.

HISTORIQUE

Nous pourrions en réalité faire remonter notre historique aux auteurs les plus anciens. Hippocrate (1) aurait connu les luxations congénitales : « Ceux qui éprouvent ces luxations dans le ventre de leur mère, écrivait-il, sont les plus infirmes ».

Mais bien avant que fût entreprise l'étude anatomo-pathologique et pathogénique de ces malformations, l'attention des auteurs était attirée sur leurs conséquences au point de vue de l'accouchement. Leurs opinions nous frappent par leur divergence. Ce fait s'explique d'ailleurs facilement par le manque absolu de distinction entre les « boiteuses » et les « bossues » qu'au point de vue obstétrical ils considèrent uniquement comme des « contrefaites ». Ainsi s'explique également la gravité habituelle de leur pronostic.

Pour Mauriceau (2) « les boiteuses ont quelquefois les os du passage mal conformez, les femmes contrefaites accou-

(1) Hippocrate : *Traité des articles.*

(2) Mauriceau : *Traité des Maladies des femmes grosses* 7e éd. t. I, p. 260, Paris 1668.

chent plus difficilement que les autres ». Un peu plus tard Peu (1) écrit que les femmes contrefaites comme les bossues et les boiteuses ont plus à craindre l'avortement que les autres. « Il ajoute que le meilleur secret pour faire qu'elles passent leur grossesse sans incidents et qu'elles accouchent de même, c'est de se tenir au repos et pour celles à qui cela ne suffit : le célibat ».

Depuis cette époque, nombreux sont les auteurs qui ont contribué à l'étude de la question. Notre intention n'est pas d'en reproduire ici l'historique détaillé. Nous l'avons trouvé des mieux exposé dans la thèse de Palmary (2). Il nous paraît donc suffisant de citer très brièvement l'opinion des principaux auteurs qui se plaçant plutôt au point de vue obstétrical, ont plus spécialement étudié l'influence de ces malformations sur l'accouchement.

Levret (3) en 1721 déclare que « les femmes boiteuses et bossues qui dans leur jeunesse n'ont pas subi de ramollissement dans les os accouchent pour l'ordinaire aussi facilement que celles qui ne sont pas contrefaites ou claudicantes et surtout si ces difformités ne leur sont survenues qu'après l'âge de la puberté ».

Lobstein (4), en 1817, signale l'antéversion et fait entrevoir quelques anomalies. Il fait remarquer que la « tête de l'enfant appuie sur le pubis et rend la progression difficile ».

---

(1) Peu : *Pratique des accouchements*. Paris 1694 Livre I. Chapitre X p. 103-110.

(2) Palmary : *Les bassins à luxation congénitale double*. Thèse Montpellier 1912.

(3) Levret : *Art des accouchements démontré par les principes de physique et de mécanique* 2e éd. p. 17.

(4) Lobstein : *Bulletin de la Faculté de Médecine* 1817. Paris t. V, p. 512.

Dupuytren (1), en 1826, dans son mémoire sur « la claudication dépendant d'un déplacement originel et congénital de la tête du fémur » prétend que « les phénomènes qui se passent à l'extérieur du bassin n'influent en rien sur le développement de cette cavité et avant cette époque, pendant cette époque et après qu'elle est passée, il acquiert les dimensions les plus favorables à l'exercice des fonctions des viscères qu'il renferme et il est aussi propre à recevoir et à conserver le produit de la fécondation que chez les personnes les mieux conformées ».

Gerdy dans un rapport sur les luxations congénitales du fémur reprend, en 1839, les idées de Dupuytren : Il insiste sur les déformations surajoutées du fait du rachitisme et ajoute « de semblables changements en apportent nécessairement beaucoup dans les accouchements que tantôt ils empêchent tantôt ils rendent trop faciles ».

Hubert de Louvain (2), en 1856, insiste sur le fait que le bassin à luxation double peut sans doute se déformer et prendre une configuration insolite, mais l'accouchement naturel reste toujours possible et parfois même n'est que plus facile.

La thèse d'Agrégation de Guéniot (3), en 1869, nous apparaît comme le premier ouvrage vraiment important écrit sur la question. Aussi nous a-t-il semblé indispensable d'en rappeler ici les idées principales.

Guéniot (4) distingue « les luxations congénitales c'est-

---

(1) Dupuytren : *Répertoire général d'anatomie et de physiologie.*

(2) Hubert de Louvain : *Mécanisme du développement du bassin et de la production de ses principales anomalies.* Bruxelles 1856.

(3) Guéniot : *Des luxations coxo-fémorales soit congénitales soit spontanées au point de vue des accouchements* Paris, 1869.

(4) id. *in thèse* p. 2.

à-dire celles qui datent de la vie intra-utérine » des « luxations spontanées, pathologiques, graduelles ou coxalgigues» qui se sont produites consécutivement à la naissance en dehors de tout traumatisme. Celles-ci relèveraient, dit-il, « de lésions inflammatoires ou autres indiquant l'existence actuelle de maladies articulaires ». Il signale enfin, dans le même chapitre,l'existence de « luxations traumatiques » qui « reconnaissent pour cause une violence extérieure ».

Se basant sur ce fait que « les altérations du bassin qui sont la conséquence des luxations du fémur ne diffèrent pas sensiblement entre elles au moins dans leurs traits généraux, lorsque le déplacement articulaire date de la vie intra-urérine ou des premières années de l'enfance », Guéniot désigne sous le nom de bassin ilio-fémoral, le bassin qui est affecté de l'espèce particulière de déformation dont il s'agit. Et, dans cette classe de bassins, il distingue les bassins ilio-fémoraux à luxation simple, les bassins ilio-fémoraux à luxation double, (les uns et les autres seulement déformés), des « bassins à viciation complexe » qui tous affectés d'une double luxation congénitale des fémurs, sont de plus « profondément modifiés dans leurs diamètres et altérés dans leur forme » à tel point que « la luxation fémorale ne semble avoir exercé qu'une influence secondaire et parfois presque complètement effacée sur la production de la viciation. » Il donne en exemples le bassin cité par Fabri qui,outre la luxation double du fémur, présentait une déformation oblique ovalaire et le bassin n° 746 A du Musée Dupuytren à la fois biluxé et généralement rétréci.

C'est à la suite de cette classification remaniée plus tard par nombre d'auteurs, mais qui a au moins l'intérêt d'indi-

vidualiser le bassin à luxation congénitale, de le présenter comme un type bien spécial, que nous trouvons l'exposé anatomique complet des malformations considérées désormais comme presque constantes dans le bassin déformé par la double luxation : « Gracilité et développement incomplet des os, inclinaison anormale du bassin dans sa totalité et en particulier des détroits, augmentation de la longueur de certains diamètres et diminution légère de certains autres ; raccourcissement de la hauteur totale du pelvis, élargissement de l'arcade pubienne, agrandissement très notable de l'angle sous-pubien. »

Pour ce qui est de la marche et du pronostic de l'accouchement dans ces bassins à luxation fémorale qu'il considère comme favorable dans six cas sur sept, Guéniot insiste sur la possibilité de présentations et de positions défectueuses, la difficulté de l'engagement, les procidences d'un membre ou du cordon. Il oppose la lenteur du travail considéré dans son ensemble à la rapidité de la période d'expulsion « favorisée par l'amplitude au niveau du détroit inférieur et la diminution de hauteur de l'excavation ».

Il conclut (1) alors en disant « que si, de cette vue d'ensemble, on passe à l'examen des faits particuliers, on reconnaît bientôt que pour un certain nombre de femmes affectées de l'infirmité dont il s'agit, les résultats sont loin d'être aussi favorables. Il est à remarquer en effet, que toutes les opérations obstétricales les plus graves comme les plus légères ont déjà été nécessitées par la terminaison de ces sortes d'accouchements. Je n'ai pas besoin de dire que

(1) Guéniot, *in Thèse*, p. 102 et 103.

cette intervention a été souvent commandée dans les cas où la déformation pelvienne était accompagnée d'un rétrécissement de l'un ou l'autre des détroits ».

Il conclut enfin que les femmes à luxation congénitale unilatérale fournissent le contingent le plus considérable d'accouchements compliqués. L'accouchement est de pronostic plus favorable chez les femmes à luxation double sous réserve qu'une « cause puissante de déformation ne vienne s'ajouter à la double luxation pour vicier gravement le pelvis ».

Telles sont résumées aussi succinctement que possible les idées générales de la thèse de Guéniot. Si nous avons cru devoir insister à la fin de notre historique sur l'étude analytique de ce travail, c'est qu'il nous a paru comprendre tout ce qui avait été apporté d'exact et d'important sur cette question jusqu'à lui trop superficiellement étudiée. De plus, exposant et discutant comme nous aurons à le faire dans la suite, les opinions des différents auteurs modernes, nous saurons reconnaître combien nombreuses et intéressantes ont été les conclusions de Guéniot, en grande partie, d'ailleurs aujourd'hui classiquement et définitivement admises, et que nous avons jugé indispensable de présenter au début de notre travail.

DIVISION DU SUJET

L'étude que nous allons maintenant poursuivre peut se schématiser de la façon suivante :

Etant donné les altérations présentées par le bassin à luxation congénitale double, quelle est la marche habituelle de l'accouchement dans ces bassins ; quel en est le pronostic ? Quelle doit être la conduite à tenir en pareil cas ?

Dans un premier chapitre, nous ferons l'étude anatomo-pathologique de huit bassins à double luxation congénitale présentés avec les planches pelvigraphiques et mensurations correspondantes.

Un deuxième chapitre comprendra le commentaire clinique des observations de 37 femmes atteintes de luxation coxo-fémorale double dite congénitale, accouchées et suivies à la Clinique Baudelocque durant la période 1891-1918.

CHAPITRE PREMIER

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DU BASSIN A LUXATION CONGÉNITALE DOUBLE

L'étude anatomo-pathologique du bassin à luxation double que nous présentons porte sur huit bassins, dont cinq appartiennent à la collection du musée Dupuytren et trois, dont un très beau moulage en cire, à celle du Musée Henri Varnier à la Clinique Baudelocque.

Avant de pénétrer dans l'exposé de la morphologie de ces bassins dont l'étude approfondie ne peut être faite que par les mensurations, nous signalerons simplement que l'aspect à première vue de ces bassins nous permet d'en reconnaître facilement les caractères spéciaux signalés par les auteurs comme à peu près constants. On est d'abord frappé par la gracilité des os, par leur « amaigrissement » pour employer l'expression de Guéniot.

Les ailes iliaques, très redressées en général, présentent des fosses iliaques internes, presque planes, sans reliefs

marqués au niveau des insertions musculaires, et, fait à peu près constant, d'une minceur telle qu'elles sont en quelque sorte devenues presque transparentes. Les branches ischio-pubiennes sont frêles et étirées. La symphyse pubienne est diminuée dans toutes ses dimensions. Les trous obturateurs nous paraissent comme agrandis aux dépens de la substance osseuse. Les ischions largement écartés constituent les piliers d'une ogive pubienne très abaissée.

A ces caractères morphologiques vient s'ajouter un élément essentiellement constant et remarquablement accentué en général dans les bassins déformés par la double luxation fémorale, c'est l'antéversion, très facile à observer sur le vivant. Rappelons simplement comme le fait observer Guéniot que « le pelvis est parfois dans une antéversion telle que l'axe de la cavité pelvienne devenant parfois horizontal, le plan du détroit supérieur au lieu de former avec l'horizon un angle de 60°, se trouve disposé verticalement ».

Tels sont les principaux caractères morphologiques du bassin à luxation congénitale double, appréciables si l'on peut dire à l'examen général. Il nous reste maintenant à étudier d'une façon plus précise les altérations de ce bassin en le comparant dans ses dimensions à celles du bassin dit normal. Les résultats obtenus constituent la base sur laquelle est étayée tout entière la question de l'accouchement dans ces bassins.

Et c'est pourquoi nous avons cru devoir apporter tout notre soin dans l'évaluation de nos mensurations. Nous les avons reproduites sur nos calques pelvigraphiques obtenus par un des procédés classiquement employés. Nous y avons cependant apporté un certain nombre de modifications qui

nous permettent en particulier d'éviter toute cause d'erreur résultant de l'élasticité assez peu marquée, mais toujours existante, du fil de plomb employé pour le moulage. Aussi avons-nous cru utile d'exposer ici avec quelques détails, le procédé auquel nous nous sommes arrêté et qui nous a paru à la fois pratique et très précis.

Chaque planche correspondant à l'étude d'un bassin, comprend trois calques que nous avons dû réduire à moitié grandeur naturelle : le premier représente le diagramme du détroit supérieur, le second, celui de l'excavation, le troisième, celui de l'ogive pubienne.

Le diagramme du détroit supérieur s'obtient d'une façon très simple en suivant, à l'aide d'un fil de plomb, dit « fusible » de 2 millimètres de diamètre, que l'on moule aussi exactement que possible sur les reliefs osseux, la ligne en général assez nette limitant le plan de ce détroit.

On part en avant de la face postérieure de la symphyse pubienne, au point rétro-pubien le plus saillant, on croise ensuite la face antérieure du sacrum pour revenir au point initial en suivant la ligne innominée correspondante. Le fil de plomb est alors dégagé avec précaution de son « moule osseux ». Placé sur une feuille de papier, on en trace le contour extérieur à l'aide d'une pointe de crayon finement taillée. On obtient ainsi le diagramme exact du plan du détroit supérieur. Le promontoire passant en général au-dessus de ce plan est reporté en projection sur nos calques.

Le diagramme de l'excavation s'obtient également d'une façon très simple. A l'aide d'un pied à coulisse, on mesure la distance qui sépare la saillie du promontoire de l'extrémité inférieure du sacrum. Cette distance est portée sur une

ligne droite verticale tracée sur une feuille de papier. Deux points en croix, repères précieux pour tout ce qui va suivre, en marquent les limites. On moule alors à l'aide du fil de plomb toute la face antérieure du sacrum suivant la ligne médiane, depuis le point le plus saillant du promontoire jusqu'au niveau de l'articulation sacro coccygienne. En ce point le fil est coupé de longueur. On le reporte alors sur la feuille de papier à gauche par exemple de la verticale précédemment tracée de façon que l'extrémité du fil répondant au promontoire, coïncide avec le point de repère supérieur, l'autre extrémité avec le point de repère inférieur. Cette opération a pour but de corriger l'erreur possible du fait de l'élasticité du fil de plomb. A l'aide d'un crayon, on suit la face convexe du fil ainsi placé. On obtient, de cette façon, le diagramme exact de la concavité sacrée, arc dont la corde est représentée par la distance fixe du promontoire à l'extrémité inférieure du sacrum.

Il s'agit maintenant de placer la symphyse pubienne en bonnes distance et direction. Pour cela, partant du point le plus saillant du promontoire, le fil de plomb est tendu jusqu'au bord supérieur de la symphyse pubienne. Coudé à cet endroit, il est moulé sur la face postérieure de cette symphyse, et tendu de là jusqu'à l'extrémité inférieure du sacrum. Le fil à ce niveau est coupé de longueur. Placé alors comme précédemment sur la feuille de papier, mais cette fois à droite de la verticale, on fait coïncider l'extrémité du fil répondant au promontoire avec le point de repère supérieur, l'autre extrémité avec le point de repère inférieur. On suit alors avec la pointe de crayon le bord extérieur du fil. On obtient ainsi le tracé du diamètre promonto-sus-pubien

de la face postérieure de la symphyse et du diamètre sous-sacro-sous-pubien.

En procédant de la même façon, mais en faisant passer le fil en avant de la symphyse pubienne de façon à en mouler la face antérieure, on obtient le diagramme de cette dernière que l'on raccorde, comme il convient, à celui de la face postérieure.

Ainsi, se trouve parfaitement orientée en distance et en direction, par rapport au sacrum, la symphyse pubienne. Le diagramme aussi obtenu est l'image exacte de l'excavation dans le plan médian sagittal.

Le procédé qui nous permet de réaliser le diagramme de l'ogive pubienne est absolument identique. Comme précédemment on trace sur une feuille de papier une horizontale. Le bassin est placé sur la feuille de façon que les points de contact des ischions déterminés à jour frisant puissent être marqués sur cette ligne. La distance qu'ils limitent représente l'écartement de l'ogive pubienne. On moule alors cette ogive en en suivant le bord inférieur à l'aide du fil de plomb, en partant du point de contact de l'un des ischions avec le plan horizontal jusqu'au point de contact de l'autre au niveau duquel le fil est coupé. On porte alors le fil ainsi moulé sur le papier de façon que ses deux extrémités coïncident avec les deux points de repère précédemment déterminés. Le bord convexe du fil est alors suivi au crayon. On obtient de cette façon le diagramme de la voûte pubienne.

L'exactitude des diagrammes obtenus par ce procédé nous a paru toujours très suffisante. Il est toutefois utile de les vérifier en s'appuyant sur les mensurations prises directe-

ment sur le bassin à l'aide du compas et du pied à coulisse.

Munis de ces documents, abordons maintenant l'étude anatomique de ces bassins.

I. -- Grand Bassin

Nous avons signalé, au début de cette étude, comme étant l'un des caractères particuliers du grand bassin, le redressement des ailes iliaques. Les mensurations que nous présentons confirment pleinement cette opinion signalée déjà par Sédillot (1) en 1868 et admise depuis comme classique. Les huit bassins que nous avons étudiés nous donnent successivement et suivant l'ordre dans lequel ils sont présentés :

Pour le diamètre bi-iliaque antérieur :

26 21,8 19,4 21 22,2 22,2 22 18,8

Pour le diamètre bi-iliaque maximum :

27 21,9 20,3 21,2 22,8 22,4 22,3 19,5

Or, les dimensions données par les classiques comme normales sont :

pour le diamètre bi-iliaque antérieur : 24 cm.

pour le diamètre bi-iliaque maximum : 28 cm.

Il apparaît donc nettement qu'à part le bassin n° 40, tous les autres présentent des dimensions notablement inférieures à la normale. Elles correspondent en effet à un rétrécissement en masse plus ou moins marqué mais presque toujours constant du grand bassin.

---

(1) Sédillot : « Contribution à l'étude de la Chirurgie » Paris 1868 T. I. p. 296.

II. -- Petit Bassin

A) **Détroit inférieur.** — Deux diamètres au détroit inférieur sont particulièrement importants à envisager : le sous-sacro-sous-pubien d'une part, le bi-ischiatique d'autre part.

Les mensurations effectuées sur les huit bassins que nous étudions sont les suivantes :

Pour le diamètre sous-sacro-sous-pubien :

7,8 13,3 12,6 9,7 11,5 10,7 10 8,3

Pour le diamètre bi-ischiatique :

11,6 15 14,8 13,4 12,8 11,2 13,8 10

Or, les dimensions considérées comme normales sont :

Pour le diamètre sous-sacro-sous-publien : 11,5.

Pour le diamètre bi-ischiatique : 11 cm.

En comparant ces derniers chiffres avec les données précédentes, on constate que sur huit bassins que nous présentons, cinq ont un diamètre sous-sacro-sous-pubien nettement inférieur à la normale, deux autres au contraire notablement supérieur, un seul égal.

De ces résultats, il ressort nettement que dans la majorité des cas le diamètre sous-sacro sous-pubien paraît être inférieur à la normale.

Pour ce qui est du diamètre bi-ischiatique, les chiffres qui résultent de nos mensurations sont tous, sauf dans le bassin 746 A, notablement supérieurs à la normale. L'augmentation de ce diamètre peut donc être considérée comme constante.

Ajoutons qu'à cet accroissement du diamètre bi-ischiatique, correspond un écartement notable de l'ogive pubienne, qui se mesure par l'angle sous-pubien. Dans les huit bassins que nous présentons cet angle est nettement supérieur à l'angle normal qui mesure en moyenne 70°. La hauteur de l'ogive pubienne est également très nettement diminuée.

En résumé, le détroit inférieur nous apparaît comme étant dans la très grande majorité des cas agrandi transversalement. Parfois, le diamètre antéro-postérieur peut présenter un raccourcissement, en général, d'ailleurs, peu accentué. Ajoutons qu'il ne peut devenir une cause de dystocie que dans les bassins bi-luxés, très rétrécis au niveau de leur détroit supérieur et qui de ce fait sont déjà incompatibles avec un accouchement normal.

B) **Excavation**. — Au point de vue obstrétrical deux choses sont à considérer dans l'étude de l'excavation : sa grandeur, en rapport avec la valeur des trois principaux diamètres qu'il est classique de mesurer (le bi-sciatique, le sacro-rétro-pubien et le bi-cotyloïdien), et sa perméabilité.

Les dimensions de l'excavation des différents bassins étudiés sont les suivantes :

Pour le diamètre bi-sciatique :

9,8 13 14,8 13,6 13,8 8,8 12,1 9,6

Pour le diamètre sacro-rétro-pubien :

9,4 13 10,7 9,8 10,9 12,3 12 10,2

Pour le diamètre bi-cotyloïdien :

9,7 14 12,1 10,4 13,6 10,6 13,6 10,5

On admet que sur un bassin normal :

le diamètre bi-sciatique mesure 9,6

le diamètre sacro-rétro-pubien 10,2

le diamètre bi-cotyloïdien 10,5.

Si l'on compare ces derniers chiffres à nos propres mensurations, nous pouvons conclure que dans tous nos bassins, le bi-sciatique est supérieur à la normale. Il y a là évidemment un fait de parallélisme entre l'augmentation de l'écartement des ischions et celui des épines sciatiques.

Les mêmes conclusions pourraient être faites en ce qui concerne le diamètre bi-cotyloïdien, puisque sur huit bassins étudiés, quatre d'entre eux présentent des diamètres bien supérieurs à la normale, les autres très légèrement inférieurs. l'un deux, enfin, paraît notablement diminué.

Pour ce qui est du diamètre sacro-rétro-pubien, nous voyons que dans cinq bassins sur huit, il est nettement inférieur en moyenne de 1 cm. à 1 cm. 5 à la normale évaluée à 11,8.

La perméabilité de l'excavation est avant tout fonction de sa grandeur, mais elle l'est aussi de sa forme et de sa hauteur.

Si nous examinons les diagrammes de l'excavation de nos différents bassins nous sommes frappé de la forme vraiment particulière que présente le sacrum des bassins 50 et 746 A. Le premier nous offre le type du bassin canaliculé. Le sacrum est en effet absolument plat. Le second, au contraire, type du bassin annelé présente un sacrum décrit classiquement sous le nom de sacrum « en hameçon ». Sa concavité mesure en effet une hauteur maximum de 3 centimètres, nettement supérieure à la normale. Le coccyx lui-même très aplati est dirigé en avant à peu près horizontalement.

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de ces constatations ? Sur huit bassins examinés, deux présentent des types parfaits de bassins déformés par double luxation, viciés par le rachitisme. Il y a donc là une remarque particulièrement intéressante à faire, non pas tant sur la fréquence même des altérations rachitiques dans ces bassins (idée sur laquelle nous aurons à revenir dans la suite) que sur l'intensité avec laquelle le rachitisme vient frapper certains d'entre eux, en en rendant l'excavation absolument impraticable pour la tête fœtale.

On admet classiquement et on signale comme étant l'une des caractéristiques du bassin biluxé, la diminution presque constante de la hauteur de l'excavation. Nous avons voulu apporter sur ce point le contrôle d'un certain nombre de mensurations dont l'étude détaillée nous a permis d'apporter quelques précisions nouvelles sur la question.

La hauteur de l'excavation a été déterminée de la façon suivante :

Une normale est abaissée du bord supérieur de la symphyse pubienne sur le plan déterminé par l'extrémité inférieure du sacrum et les points de contact des deux ischions sur une surface plane. La valeur de cette normale représente la hauteur de l'excavation à sa partie antérieure. A la partie postérieure cette hauteur est mesurée par la normale abaissée du promontoire sur ce même plan.

Les résultats obtenus de cette façon sont les suivants :

Hauteur de l'excavation en avant :

6,6 7,5 7,2 6,3 6,2 8,2 7,5 6,2

Hauteur de l'excavation en arrière :

7,7 10,8 8,6 8,7 8,5 10,7 8,9 8

D'autre part, nous avons dû chercher un terme de comparaison en faisant porter nos mensurations sur cinq bassins considérés comme normaux. Les chiffres obtenus nous donnent comme moyenne de la hauteur de l'excavation dans le bassin normal : en avant : 9,5, en arrière : 10,6. Si nous faisons les mêmes moyennes pour nos bassins biluxés nous trouvons une hauteur de l'excavation égale à 7,1 en avant et à 9 en arrière. De ces moyennes ainsi déterminées, nous pouvons conclure que l'excavation du bassin déformé par la double luxation est notablement inférieure à la normale et que cette diminution de hauteur porte principalement sur la paroi antérieure de l'excavation. D'autre part, si nous envisageons cette hauteur de l'excavation nous la trouvons particulièrement diminuée dans les bassins 40 et 746 A. Or, l'examen de nos calques nous montre que ce sont en même temps ces bassins qui se trouvent être les plus touchés par le rachitisme.

Nous pouvons donc conclure que, conformément à nos résultats et comme il est généralement admis, l'excavation pelvienne du bassin déformé par la double luxation est diminuée de hauteur. Ajoutons que cette diminution porte surtout sur la partie antérieure de l'excavation et, notion intéressante, qu'elle est particulièrement accentuée dans les bassins biluxés frappés de rachitisme. Cette diminution de hauteur du bassin est d'ailleurs très fréquente dans les cas de rachitisme en dehors de toute luxation double congénitale.

C) **Détroit supérieur**. — Par opposition avec l'unité d'opinion des auteurs modernes sur les caractères généraux des bassins déformés par double luxation et les malformations qu'ils présentent, tant au niveau de l'excavation qu'au détroit inférieur, l'étude du détroit supérieur a donné lieu aux appréciations les plus divergentes. Il nous paraît indispensable de rappeler à ce sujet les diverses opinions émises par les auteurs et les différentes classifications qui tour à tour ont été proposées.

Pour Scanzoni (1) « la compression du bassin (par les têtes fémorales) des deux côtés produit un aplatissement et un allongement vers l'avant des os comprimés et de cette manière une élongation du diamètre antéro-postérieur corrélativement à une diminution du diamètre transverse. »

Chanoine (2) en 1867, écrit dans sa thèse : « Dans tous les cas les diamètres sont normaux ou agrandis, seul le coccy-pubien est raccourci. »

Sédillot (3), en 1868, s'occupe pour la première fois du promontoire. Il admet un rétrécissement au détroit supérieur qu'il explique par la proéminence de l'angle sacro-vertébral ainsi que le rétrécissement des diamètres sacro et coccy-sous-pubien.

Guéniot (4) prétend que « tandis qu'il n'est pas rare de

---

(1) Scanzoni : Lehrbuch der Geburtshülfe 4e éd. T II, 1867, p. 418.

(2) Chanoine : Considérations sur les malformations du bassin produites par le raccourcissement des membres inférieurs *Thèse Paris*, 1867.

(3) Sédillot : *Contribution à l'étude de la chirurgie*, Paris 1888, t. 1, p. 296.

(4) Guéniot : *Thèse d'agrégation*, Paris 1869, p. 37 et 38.

trouver au détroit supérieur ainsi que dans le grand bassin une sorte de compression latérale qui diminue les diamètres transverses, au contraire ces diamètres sont considérablement agrandis au détroit inférieur. »

Pour Schrœder (1) « le sacrum est entré profondément dans le bassin de sorte que la tension transversale est très grande et que le bassin est aplati d'avant en arrière ».

Bonnaire (2) isole le bassin « couché » du bassin « assis » et « debout ». Dans le premier, le détroit supérieur conserve le type infantile ; dans les autres, il admet l'aplatissement du détroit supérieur dans le sens antéro-postérieur.

Pour Budin et Demelin (3), le bassin ressemble comme forme au détroit supérieur à celui du bassin aplati.

M. Vallois (4) au sujet de mensurations portant sur le détroit supérieur de trois bassins biluxés s'exprime ainsi : « Comme on le voit ces chiffres ne diffèrent pas sensiblement de ceux d'un bassin normal et la légère variation observée ne porte pas toujours sur le même diamètre. « Dans la discussion qui suit nous relevons l'opinion de M. Guérin-Valmale : « J'ai eu, dit-il, l'occasion d'examiner et même d'accoucher plusieurs femmes atteintes de double luxation congénitale de la hanche qui est assez fréquente dans notre région. Je n'ai jamais observé de dystocie et j'ai gardé l'impression que leur bassin était peu modifié ou s'il était

---

(1) Schrœder's Karl : *Lehrbuch der Geburtshülfe 12 auf, neubearbeitet von Olshausen und Veit.* 1893, p. 642.

(2) Bonnaire : *Traité de Budin et Demelin.*

(3) Budin et Demelin : *Traité d'obstétrique.*

(4) Vallois : « Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris » 1909, p. 245.

rétréci, c'était dans son diamètre transverse et non dans le diamètre antéro-postérieur, comme l'indiquaient la courbure exagérée de l'arc antérieur et l'inaccessibilité du promontoire ».

D'après Commandeur (1) « le détroit supérieur est loin de présenter toujours le même type. Ses dimensions sont d'ordinaire subordonnées au degré d'atrophie des os iliaques. On peut observer des bassins réellement très spacieux. Sa forme peut être remarquablement régulière et arrondie en cercle. Parfois il est rétréci tranversalement ou généralement rétréci. Mais la déformation la plus commune consiste dans l'aplatissement antéro-postérieur du bassin. Cet aplatissement est d'ailleurs léger et rarement inférieur à 9 centimètres. Il est cependant parfois très marqué. Le diamètre transverse peut être conservé ou rétréci, parfois même agrandi ».

Pour Ribemont-Dessaignes et Lepage (2) « le détroit supérieur est généralement agrandi tout au moins dans ses diamètres antéro-postérieurs ; le diamètre transverse est quelquefois diminué par suite de la pression exercée par les fémurs sur les parties latérales du bassin ».

Delmas (3) écrit : « le détroit supérieur est caractérisé par une tendance générale à l'agrandissement de tous les diamètres avec cependant une prédominance des obliques et du transverse sur l'antéro-postérieur. »

---

(1) Commandeur : in Bar : *La pratique de l'art des accouchements*, t II, 2e éd. p 248 et 249.

(2) Ribemont-Dessaignes et Lepage : *Traité d'obstétrique*, 8e éd. p 951.

(3) Delmas : *Recherches et conclusions nouvelles sur l'anatomie obstétricale du bassin à luxation coxo fémorale double congénitale* Obstétrique 1911, p. 729-747.

« Le bassin biluxé » conclu t-il plus loin, « abstracti on faite de son antéversion n'est pas un bassin dystocique parce que le seul rétrécissement qui le frappe d'une façon constante siège au niveau du grand bassin. Détroit supérieur,excavation,détroit inférieur tendent au contraire à l'ac. croissement de leurs dimensions respectives et cela d'autant plus constamment et d'une façon d'autant plus accentuée que l'on va de haut en bas et que l'on considère les diamètres transversaux au lieu des antéro-postérieurs. Les rares exceptions à cette règle tiennent à une atrophie générale du bassin et le diagnostic clinique d'un rétrécissement du détroit supérieur se fera alors par la constatation d'un rétrécissement et même d'un agrandissement du bi-ischiatique ».

Palmary (1) dans sa thèse conclut qu'au détroit supérieur « toutes les malformations peuvent indifféremment se rencontrer. Ne l'avons nous pas trouvé tantôt rétréci, tantôt agrandi dans tous ses diamètres, tantôt aplati d'avant en arrière, tantôt élargi transversalement. Il semble, en un mot, que pour le détroit supérieur, comme pour les autres portions du bassin biluxé, nous ne pouvons apporter des conclusions nouvelles et que nous adoptons les idées de Commandeur ».

Des nombreuses citations que nous venons de présenter deux faits ressortent nettement : c'est d'une part l'antagonisme frappant qui existe entre le plus grand nombre des opinions émises à ce sujet ; d'autre part, l'imprécision remarquable de certaines autres.

Et c'est pourquoi aussi embarrassé sur le choix d'une

(1) Palmary : *Les bassins à luxation congénitale double.* Thèse Montpellier, 1912, p. 46.

théorie que désireux de nous faire une opinion, nous avons été amené à reprendre l'étude de la question en commençant par un examen d'ensemble du détroit supérieur de nos bassins que nous préciserons par l'exposé des mensurations portant sur les quatre principaux diamètres.

Si nous jetons un coup d'œil sur les calques, nous sommes tout d'abord frappé par les différences de dimensions et de forme que présente le détroit supérieur. Opposons en effet l'ampleur et la netteté des contours du détroit supérieur du bassin 22 à l'étroitesse et à l'irrégularité de forme de celui du bassin 746 A. Considérons également la symétrie presque parfaite du détroit supérieur de ce bassin n° 22 par opposition avec l'asymétrie si nettement apparente que présente le détroit supérieur du bassin 745 dans ses deux moitiés latérales.

Et si maintenant pour faire une étude plus complète, nous nous reportons à nos mensurations et les comparons à celles admises classiquement comme normales nous sommes étonné de la variabilité des résultats obtenus.

Dans les huit bassins que nous avons étudiés le promonto-rétro-pubien se présente deux fois comme supérieur à la normale 10,5 avec un maximum de 13 cm. trois fois légèrement inférieur et trois fois enfin très nettement diminué avec un minimum de 6 cm., 7 dans le bassin 746 A. Comment alors pourrions-nous admettre avec Scauzoni, Delmas, Ribemont-Dessaignes et Lepage comme caractère général du bassin biluxé une augmentation fréquente du diamètre antéro-postérieur de son détroit supérieur ? Pourrions-nous davantage partager l'avis de Schrœder et de Bonnaire qui nous présentent le bassin biluxé comme presque toujours

aplati dans le sens antéro-postérieur alors que, sur huit bassins, deux, les N^os^ 745 A et 22, présentent un diamètre promonto-rétro-pubien de 11,2 et 13.

Pour le transverse maximum, trois fois nous le trouvons supérieur à la normale (13,5), cinq fois nettement au-dessous avec un minimum de 10,9 dans le bassin 746 A.

Le transverse médian, le véritable transverse obstétrical, présente sensiblement les mêmes variations que le précédent. La normale étant de 12,8, il atteint un maximum de 13,6 dans le bassin 22 et un minimum de 9,9 dans le bassin 746 A. La diminution de ces diamètres semble donc être assez constante et nous serions amenés ainsi à considérer, comme répondant mieux à l'ensemble des faits l'opinion de Guéniot, Guérin-Valmale et Ribemont-Dessaignes qui admettent une diminution fréquente du diamètre transverse.

Si maintenant, nous considérons les diamètres obliques, nous constatons que l'oblique antérieur droit est dans quatre cas supérieur ou presque égal à la normale 12, et dans les 4 autres assez nettement inférieur avec un minimum de 9,9 dans le bassin 746 A.

L'oblique antérieur gauche fournit des résultats sensiblement analogues, mais avec un minimum de 10,4 légèrement supérieur à celui présenté par l'oblique antérieur droit.

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de l'étude qui précède ? Si ce n'est la simple constatation de la variabilité et de l'inconstance absolue de nos résultats, d'où l'impossibilité pour nous d'arriver à formuler du détroit supérieur du bassin déformé par la double luxation, une définition que nous

aurions voulu précise mais aussi assez générale pour répondre à la majorité de cas.

M. Treub (1) frappé sans doute par la complexité de la question ainsi posée, préféra établir une classification et reconnut dans le bassin déformé par la double luxation deux types généraux « le type ilio-fémoral aplati » et le « type ilio-fémoral élargi ».

« Dans le type aplati du bassin ilio-fémoral, le diamètre transverse du détroit supérieur est généralement au-dessus de la moyenne. Le promontoire se trouve au-dessous des lignes innominées ou à peine au-dessus. Souvent les branches horizontales du pubis ont une moindre courbure, leur réunion se fait donc plus ou moins en pointe. C'est cette forme de la symphyse qui peut compenser la diminution du diamètre antéro-postérieur causée par le déplacement de la base du sacrum ».

« Dans le type élargi, le promontoire se trouve beaucoup au dessus des lignes innominées ; le sacrum ne s'est pas visiblement avancé entre les os coxaux..... La partie antérieure du détroit supérieur montrant souvent le même changement que dans le type aplati, il en résulte dans ces cas un agrandissement du détroit supérieur. Comme dans ce type aussi le diamètre transverse est généralement un peu au-dessus de la moyenne, le détroit supérieur présente une grande ampleur ».

De cette citation, il ressort donc que la classification de Treub est avant tout basée sur la situation qu'affecte le promontoire par rapport au plan passant par les lignes innomi-

(1) Treub : *Le bassin dans la luxation fémorale* Leidé, 1897 p 110.

nées. Dans le type aplati il se trouve au-dessous ou à peine au-dessus de ce plan, dans le type élargi il se trouve beaucoup au-dessus.

N'ayant vu figurer nulle part dans le travail de M. Treub les mensurations qui lui permirent d'arriver à ces constatations, nous avons jugé utile de mesurer dans nos différents bassins cette hauteur du promontoire par rapport au plan des lignes innominées. Ce plan est réalisé par une feuille de carton rigide, découpée de telle façon que ses contours arrivent à épouser aussi exactement que possible la courbure toujours assez nettement marquée des lignes innominées.

La valeur de la normale abaissée du promontoire sur ce plan a été trouvée pour nos différents bassins et suivant l'ordre dans lequel ils sont présentés successivement de :

1 2,5 0,5 2 2,7 4 2 0,8

Or, si sur les huit bassins que nous avons étudiés nous ne considérons que ceux dans lesquels l'aplatissement dans le sens antéro-postérieur est indiscutable comme dans les bassins 40, 742, nous trouvons les hauteurs du promontoire au-dessus des lignes innominées de 1, 2 centimètres ; nous pouvons donc admettre que même dans ces bassins le promontoire est souvent bien au-dessus du plan des lignes innominées.

Palmary (1) a procédé aux mêmes mensurations effectuées dans 17 bassins déformés par double luxation fémorale de types variés. « La hauteur du promontoire, dit-il, au-

(1) Palmary : *in Thèse* p 46 « Les Bassins à luxation congénitale double ». Montpellier, 1912.

dessus du plan du détroit supérieur mené par les lignes innominées est moyenne de 2 cm. 4, ce qui est supérieur à la hauteur normale. » L'examen des chiffres qu'il fournit nous a permis de constater que la plus faible hauteur mentionnée est de 0 cm. 8. Nous l'avons trouvée égale à 0 cm. 5 dans le bassin n° 50. Il s'agit là d'ailleurs d'un bassin très faiblement rétréci puisque son diamètre promonto-rétro-pubien atteint encore 10 cm. Dans aucun des bassins mensurés par Palmary le promontoire n'a été trouvé situé au-dessous ou même sur le même plan que les lignes innominées.

La classification de M. Treub nous apparaît donc comme répondant bien imparfaitement aux résultats que nous avons obtenus. Il est vrai que l'auteur ne prétend pas lui donner un caractère absolu, puisqu'avant même de la présenter il s'exprime ainsi : (1) « Je désignerai ces deux formes du bassin ilio-fémoral comme le type élargi et le type aplati, en ajoutant tout de suite que le type plat n'a pas besoin d'avoir un diamètre antéro-postérieur au-dessous de la normale et que dans le type élargi un examen attentif fait retrouver les signes de l'aplatissement. Sauf cette restriction dont la nécessité ressort de la description anatomique détaillée de mes pièces et des figures qui les accompagnent les noms type aplati et type élargi indiquent d'une manière exacte la différence entre ces deux formes ».

Cette remarque de Treub nous apparaît comme particulièrement intéressante. Elle vient bien, en effet, confirmer l'opinion que nous nous faisions de l'insuffisance et de l'im-

(1) Treub : « Le bassin dans la luxation fémorale » Leide 1879, p. 109.

précision absolue des résultats que peut fournir l'étude anatomique du détroit supérieur du bassin biluxé, basée sur la comparaison de ses dimensions avec celles du détroit supérieur du bassin dit normal. C'est ainsi que pour essayer d'expliquer la raison d'être de ces divergences d'opinion et des difficultés que l'on rencontre tant pour en formuler une définition que pour en établir une classification, nous avons cru devoir envisager le bassin déformé par double luxation d'une façon un peu particulière ainsi que nous allons maintenant l'exposer.

L'étude anatomique du bassin biluxé nous a permis d'admettre avec la très grande majorité des auteurs modernes qu'il présente à un degré plus ou moins élevé, mais d'une façon presque constante, l'ensemble des caractères suivants : antéversion, atrophie générale des os, affaissement de la voûte pubienne, diminution de hauteur de l'excavation, agrandissement du détroit inférieur, diminution de capacité du grand bassin.

Or, l'appréciation de ces viciations particulières, sur lesquelles l'unanimité d'opinion est réalisée et qui nous permettent en les considérant dans leur ensemble de caractériser le bassin déformé par double luxation, a été établie en prenant comme terme de comparaison les dimensions du bassin dit normal. Le même principe appliqué à l'étude du détroit supérieur nous fournit les résultats les plus disparates. Pour quelles raisons alors une même cause : la luxation double congénitale, agissant pour créer sur l'ensemble du bassin des modifications bien caractérisées, produirait-elle au niveau du détroit supérieur des lésions éminemment variables ?

Disons tout d'abord que les définitions et les classifications du bassin biluxé basées sur la comparaison de son détroit supérieur avec celui d'un bassin dit normal ne peuvent être que très artificielles. Qu'est-ce donc en effet que ce bassin à détroit supérieur normal, si ce n'est un type idéal dont les dimensions ne sont avant tout que des moyennes et pour lequel la limite avec l'anormal ne répond en rien à la rigueur des chiffres qui a servi à l'établir.

On pourrait encore trouver un certain nombre de bassins susceptibles de répondre à un type élargi ou à un type aplati parmi ceux dont les dimensions s'écartent sensiblement de la normale, constituant ce que nous pourrions appeler les types extrêmes. Mais là où la distinction entre type élargi et type aplati devient impossible ou tout artificielle, c'est lorsqu'il s'agit de bassins biluxés dont les diamètres comme ceux du bassin 746 se rapprochent singulièrement de la normale et qui sont en même temps de beaucoup les plus nombreux. C'est sans doute cette idée qui obligea Treub à apporter à sa classification ces réserves qui en diminuent tellement la valeur.

En réalité, il n'y a pas un bassin féminin type à dimensions fixes,il y a plusieurs types de bassins féminins.Le plus fréquent est le type légèrement plat dont le diamètre antéro-postérieur est le plus petit. Mais à côté de ce type considéré comme normal, il existe des bassins féminins de capacité suffisante pour le passage du fœtus, donc obstétricalement normaux, qui ont d'autres formes. Le détroit supérieur peut être presque circulaire ou bien le diamètre antéro-postérieur est prédominant par rapport aux transverses.

Si sur ces bassins de formes variées, viennent s'ajouter

les déformations dépendant exclusivement de la double luxation congénitale, on trouvera réalisés les différents types de bassins biluxés qui ont été décrits. Ce qu'il importait en effet de séparer dans le bassin déformé par la double luxation, c'est l'ensemble des caractères qui résultent exclusivement de l'influence de la luxation congénitale de ce qui appartient en propre au type de bassin originel sur lequel s'est produite la double luxation. De là l'impossibilité d'établir une classification de ces bassins basée sur la fixité de certains caractères propres au détroit supérieur. De là aussi le fait essentiel de subordonner le pronostic de l'accouchement dans ces bassins à la forme et au degré des altérations présentées par le type originel au niveau de son détroit supérieur, la double luxation ne paraissant pas la plupart du temps pouvoir provoquer par elle-même de véritables dystocies ainsi que nous allons essayer de le montrer dans l'étude qui va suivre.

Bassin n° 40. *Moulage cire.* MUSÉE VARNIER
(Clinique Baudelocque)

Grand Bassin

D. Bi-iliaque antérieur	26
D. Bi-iliaque maximum	27

Détroit supérieur

D. Promonto-rétro-pubien	7,1
D. Transverse maximum	11,1
D. Transverse médian	10,8
D. Oblique antérieur droit	10,4
D. Oblique antérieur gauche	10,4

Excavation

D. Bi-sciatique	9,8
D. Sacro-rétro-pubien	9,4
D. Bi-cotyloïdien	9,7
Hauteur en avant	6,6
Hauteur en arrière	7,7

Détroit inférieur

D. Bi-ischiatique	11,6
D. Sous-sacro-sous-pubien	7,8
Hauteur du promontoire au-dessus du plan des lignes innominées	1
Hauteur de la concavité du sacrum	2,6

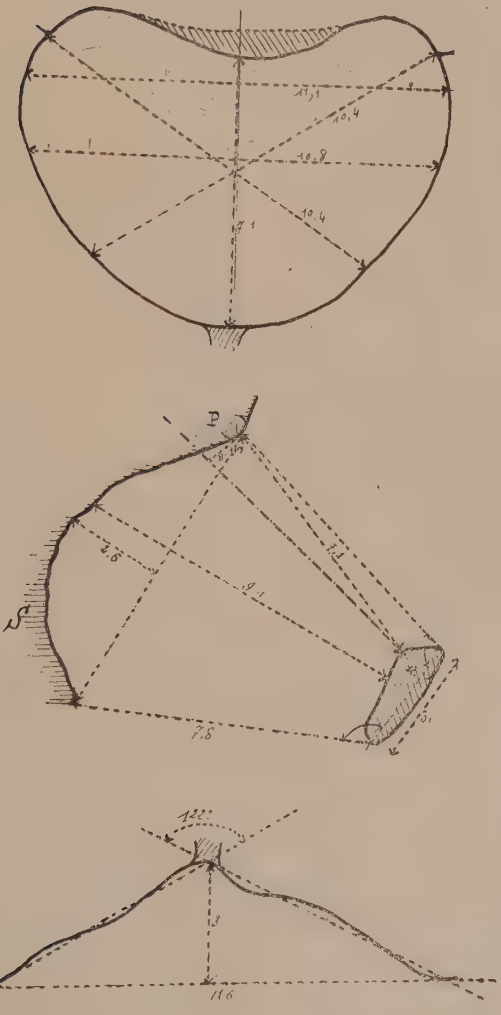
Symphyse pubienne

Hauteur	3
Epaisseur	1

Arcade pubienne

Hauteur	3
Angle sous-pubien	122°

PLANCHE I. — **Bassin n° 40.** *Moulage cire*
MUSÉE VARNIER (Clinique Baudelocque)
(Réduction 1/2 grandeur naturelle)



Bassin n° 22. Musée Varnier

(Clinique Baudelocque)

Grand Bassin

D. Bi-iliaque antérieur	21,8
D. Bi-iliaque maximum	21,9

Détroit supérieur

D. Promonto-rétro-pubien	13
D. Transverse maximum	14
D. Transverse médian	13,6
D. Oblique antérieur droit	13,8
D. Oblique antérieur gauche	13,7

Excavation

D. Bi-sciatique	13
D. Sacro-rétro-pubien	13
D. Bi-cotyloïdien	14
Hauteur en avant	7,5
Hauteur en arrière	10,8

Détroit inférieur

D. Bi-ischiatique	15
D. Sous-sacro-sous-pubien	13,3
Hauteur du promontoire au-dessus du plan des lignes innominées	2,5
Hauteur de la concavité du sacrum	1,5

Symphyse pubienne

Hauteur	3,4
Epaisseur	1

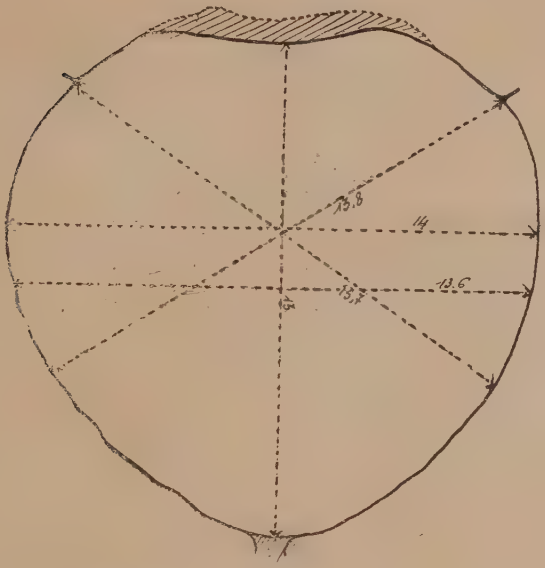
Arcade pubienne

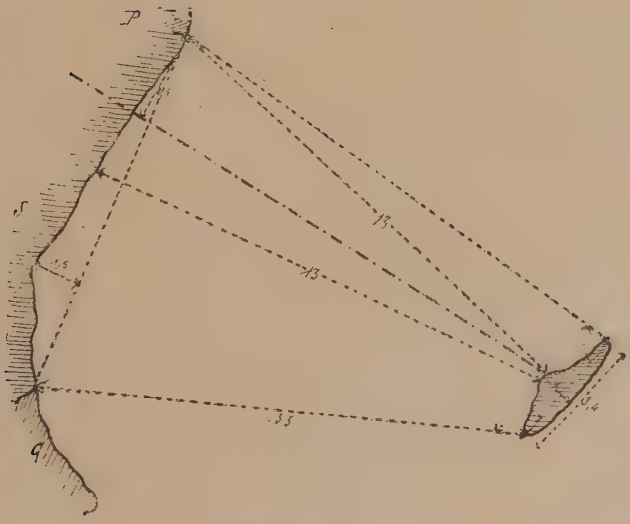
Hauteur	4,3
Angle sous pubien	119°

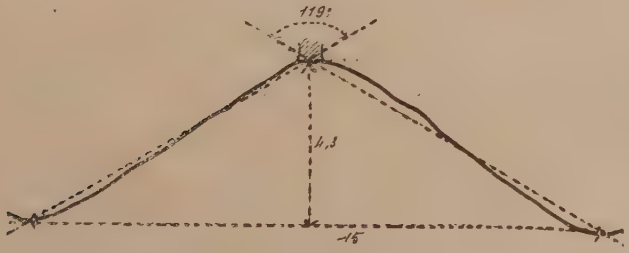
PLANCHE II. — **Bassin n° 22.** Musée Varnier

(Clinique Baudelocque)

(Réduction 1/2 grandeur naturelle)







Bassin n° 50. Musée Varnier

(Clinique Baudelocque)

Grand Bassin

D. Bi-iliaque antérieur	19,4
D. Bi-iliaque maximum	20,3

Détroit supérieur

D. Promonto-rétro-pubien	10
D. Transverse maximum	11,6
D. Transverse médian	11,4
D. Oblique antérieur droit	11,2
D. Oblique antérieur gauche	11,6

Excavation

D. Bi-sciatique	14,8
D. Sacro-rétro-pubien	10,7
D. Bi-cotyloïdien	12,1
Hauteur en avant	7,2
Hauteur en arrière	8,6

Détroit inférieur

D. Bi-ischiatique	14,8
D. Sous sacro-sous-pubien	12,6
Hauteur du promontoire au-dessus du plan des lignes innominées	0,5
Hauteur de la concavité du sacrum	0

Symphyse pubienne

Hauteur	2,6
Epaisseur	0,6

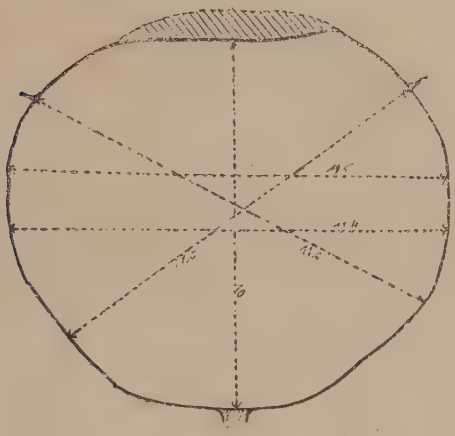
Arcade pubienne

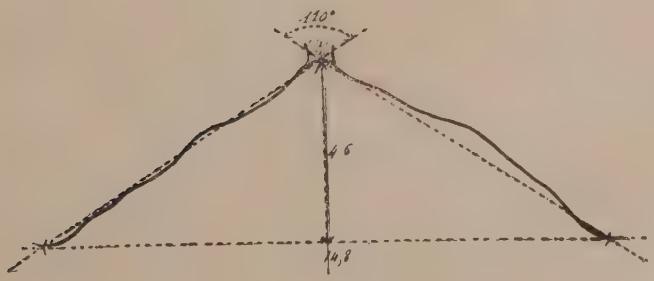
Hauteur	4,6
Angle sous pubien	110°

PLANCHE III. — **Bassin n° 50.** Musée Varnier

(Clinique Baudelocque)

(*Réduction 1/2 grandeur naturelle*)





Bassin n° 742. Musée Dupuytren

Grand Bassin

D. Bi-iliaque antérieur	21
D. Bi-iliaque maximum	21,2

Détroit supérieur

D. Promonto-rétro pubien	7
D. Transverse maximum	11,6
D. Transverse médian	10,5
D. Oblique antérieur droit	10,8
D. Oblique antérieur gauche	10,9

Excavation

D. Bi sciatique	13,6
D. Sacro-rétro-pubien	9,8
D Bi cotyloïdien	10,4
Hauteur en avant	6,3
Hauteur en arrière	8,7

Détroit inférieur

D. Bi-ischiatique	13,4
D. Sous-sacro sous-pubien	9,7
Hauteur du promontoire au-dessus du plan des lignes innominées	2
Hauteur de la concavité du sacrum	2

Symphyse pubienne

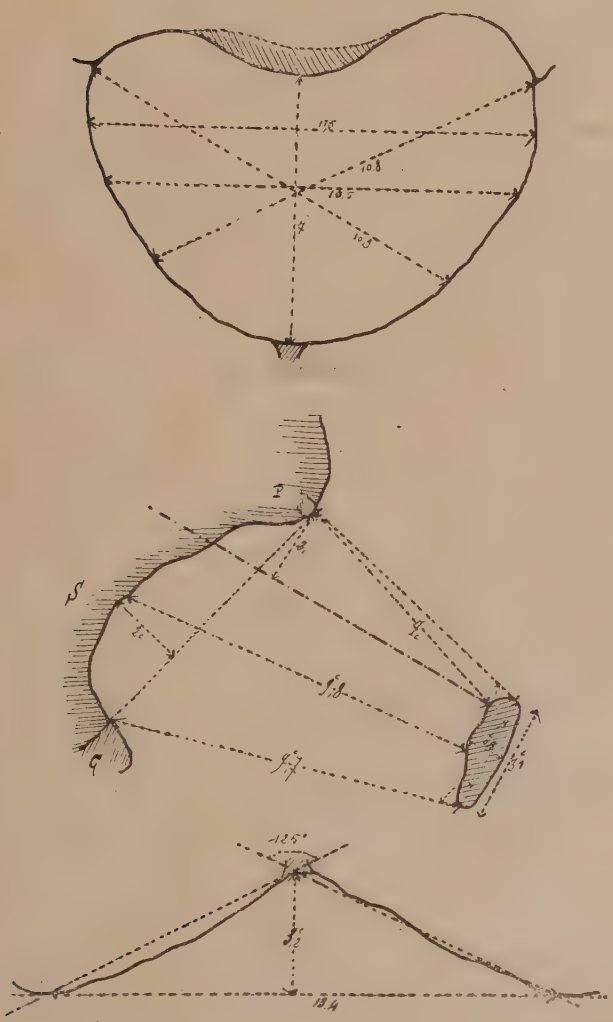
Hauteur	3,1
Epaisseur	0,9

Arcade pubienne

Hauteur	3,2
Angle sous-pubien	125°

PLANCHE IV. — **Bassin n° 742**. Musée Dupuytren

(Réduction 1/2 grandeur naturelle)



Bassin n° 745. Musée Dupuytren

Grand Bassin

D. Bi-iliaque antérieur	22,2
D. Bi-iliaque maximum	22,8

Détroit supérieur

D. Promonto-rétro-pubien	9,4
D. Transverse maximum	13,8
D. Transverse médian	13,1
D. Oblique antérieur droit	11,9
D. Oblique antérieur gauche	13,2

Excavation

D. Bi-sciatique	13,8
D. Sacro-rétro pubien	10,9
D. Bi-cotyloïdien	13,6
Hauteur en avant	6,2
Hauteur en arrière	8,5

Détroit inférieur

D. Bi-ischiatique	12,8
D. Sous-sacro-sous-pubien	11,5
Hauteur du promontoire au-dessus du plan des lignes innominées	2,7
Hauteur de la concavité du sacrum	1,2

Symphyse pubienne

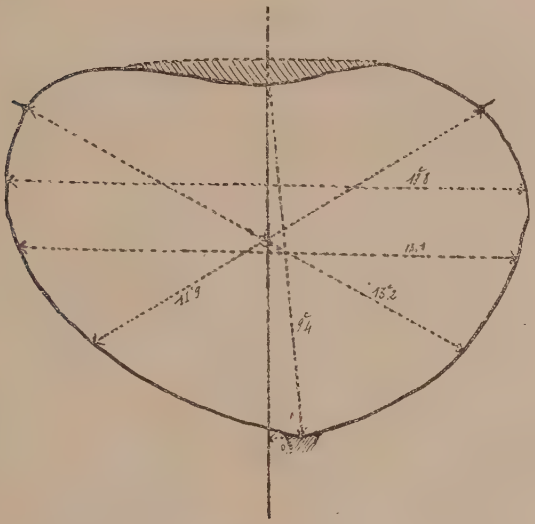
Hauteur	2,1
Epaisseur	0,4

Arcade pubienne

Hauteur	2,7
Angle sous pubien	130°

PLANCHE V. — **Bassin n° 745**. Musée Dupuytren

(*Réduction 1/2 grandeur naturelle*)



Bassin n° 745 A. Musée Dupuytren

Grand Bassin

D. Bi-iliaque antérieur	22,2
D. Bi-iliaque maximum	22,4

Détroit supérieur

D. Promonto-rétro-pubien	11,2
D. Transverse maximum	12,3
D. Transverse médian	10,5
D. Oblique antérieur droit	12 2
D. Oblique antérieur gauche	11,1

Excavation

D. Bi sciatique	8.8
D. Sacro rétro-pubien	12,3
D. Bi-cotyloïdien	10,6
Hauteur en avant	8.2
Hauteur en arrière	10,7

Détroit inférieur

D. Bi-ischiatique	11,2
D. Sous-sacro sous pubien	10,7
Hauteur du promontoire au-dessus du plan des lignes innominées	4
Hauteur de la concavité du sacrum	2,3

Symphyse pubienne

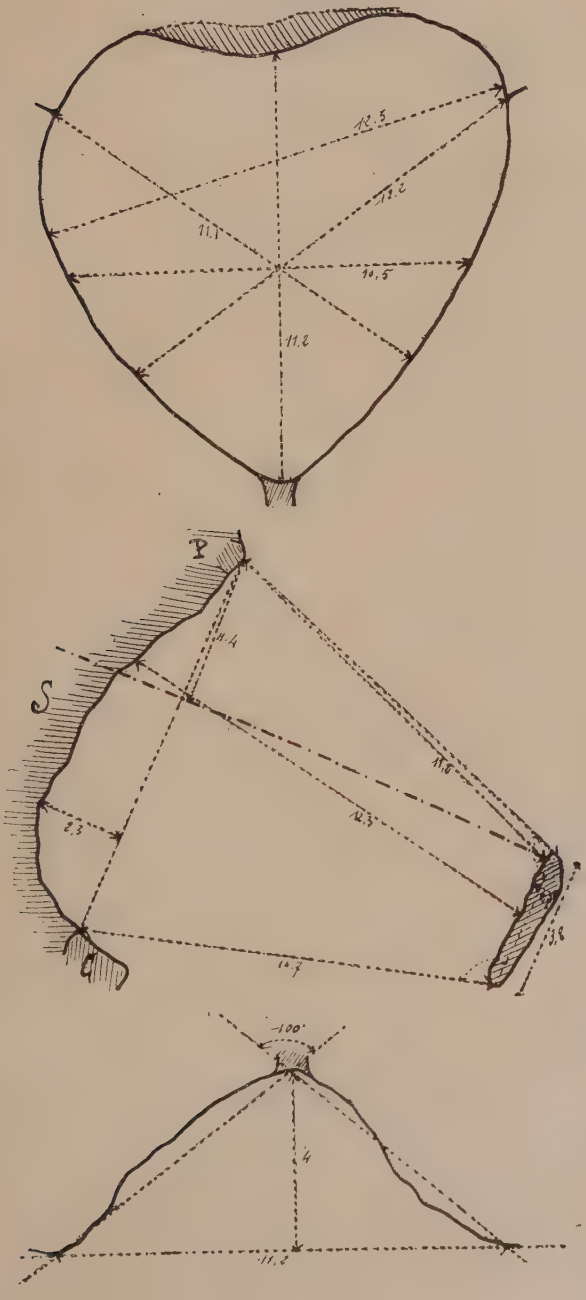
Hauteur	3,8
Epaisseur	0,7

Arcade pubienne

Hauteur	4
Angle sous-pubien	100°

PLANCHE VI. — **Bassin n° 745 A.** Musée Dupuytren

(Réduction 1/2 grandeur naturelle)



Bassin n° 746. Musée Dupuytren

Grand Bassin

D. Bi-iliaque antérieur	22
D. Bi-iliaque maximum	22,3

Détroit supérieur

Promonto rétro-pubien	10
D. Transverse maximum	13,9
D. Transverse médian	13,5
D. Oblique antérieur droit	12,6
D. Oblique antérieur gauche	12,5

Excavation

D. Bi-sciatique	12,1
D. Sacro-rétro-pubien	12
D. Bi-cotyloïdien	13,6
Hauteur en avant	7,5
Hauteur en arrière	8,9

Détroit inférieur

D. Bi-ischiatique	13,8
D. Sous-sacro sous pubien	10
Hauteur du promontoire au-dessus du plan des lignes innominées	2
Hauteur de la concavité du sacrum	3,2

Symphyse pubienne

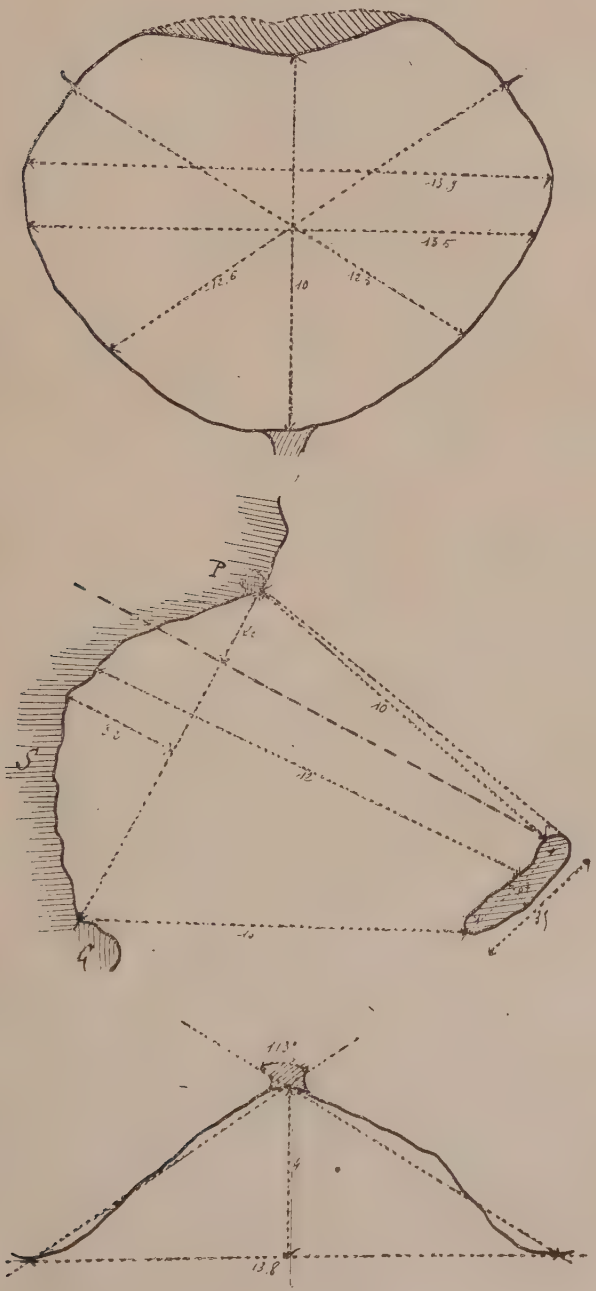
Hauteur	3,5
Epaisseur	0,7

Arcade pubienne

Hauteur	4
Angle sous-pubien	113°

PLANCHE VII. — **Bassin n° 746**. Musée Dupuytren

(*Réduction 1/2 grandeur naturelle*)



Bassin n° 746 A. Musée Dupuytren

Grand Bassin

D. Bi-iliaque antérieur	18,8
D. Bi-iliaque maximum	19,5

Détroit supérieur

D. Promonto rétro-pubien	6,7
D. Transverse maximum	10,9
D. Transverse médian	9,9
D. Oblique antérieur droit	9,9
D. Oblique antérieur gauche	10,4

Excavation

D. Bi-sciatique	9,6
D. Sacro-rétro pubien	10,2
D. Bi-cotyloïdien	10,5
Hauteur en avant	6,2
Hauteur en arrière	8

Détroit inférieur

D. Bi-ischiatique	10
D. Sous-sacro-sous-pubien	8,3
Hauteur du promontoire au-dessus du plan des lignes innominées	0,8
Hauteur de la concavité du sacrum	3

Symphyse pubienne

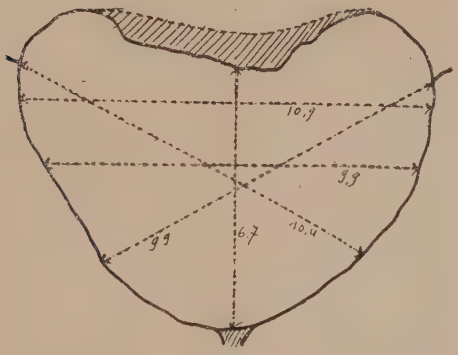
Hauteur	3,4
Epaisseur	0,9

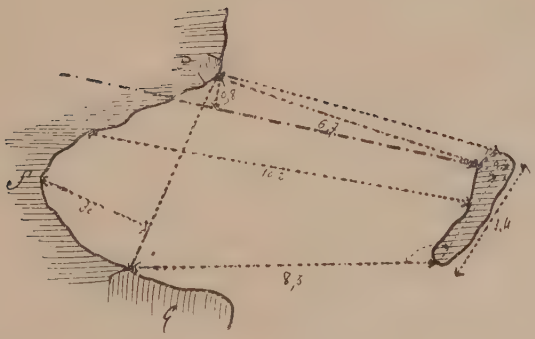
Arcade pubienne

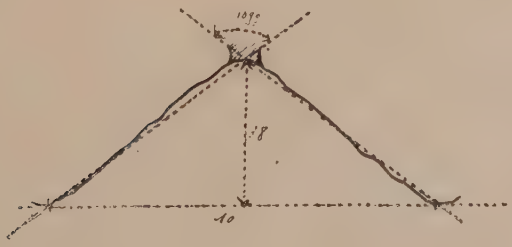
Hauteur	3,8
Angle sous-pubien	109°

PLANCHE VIII. — **Bassin 746 A**. Musée Dupuytren

(*Réduction 1/2 grandeur naturelle*)







CHAPITRE II

ÉTUDE DE L'ACCOUCHEMENT DANS LES BASSINS DÉFORMÉS PAR LA DOUBLE LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

Nous avons pu recueillir les observations de *37 femmes* atteintes de luxation double de la hanche dite congénitale et ayant fourni un total de *65 accouchements spontanés* (60 à terme ou au cours du neuvième mois après les dernières règles et 5 accouchements prématurés dont 3 au cours du huitième mois), *7 accouchements avec application de forceps*, *4 avortements.*

La première question à laquelle nous ayons à répondre au début de cette étude de l'accouchement dans les bassins déformés par double luxation fémorale nous paraît pouvoir être posée de la façon suivante : Sur un ensemble de femmes ayant fourni un certain nombre d'accouchements, 1° Quel rapport y a-t-il entre le nombre de femmes ayant toujours

accouché spontanément et celui des femmes dont l'accouchement a toujours ou dans certaines circonstances seulement nécessité une intervention ?

Sur les *37 femmes* dont nous publions les observations, *31 d'entre elles,* soit une proportion de plus de **80 0/0** ont toujours accouché spontanément, les autres de parité également diverses ont présenté un ou plusieurs accouchements dans lesquels il a fallu intervenir par une application de forceps. Notre statistique ne comporte aucun cas de multipares chez lesquelles tout accouchement spontané étant impossible, l'intervention aurait été de règle dans tous les accouchements.

Etudions maintenant dans leur ensemble les observations se rapportant à ces 31 femmes qui accouchèrent toujours spontanément pour insister dans la suite avec quelques détails sur le nombre, la nature et les indications des interventions que nécessita dans certains cas l'accouchement chez les six autres.

Pour les classiques et pour Guéniot en particulier l'accouchement même spontané chez les femmes biluxées se caractérise par la présence assez générale d'un certain nombre d'incidents se rapportant plus particulièrement au temps de l'engagement et à la période d'expulsion.

Guéniot, dans sa thèse, insiste sur l'influence qu'exerce la luxation fémorale sur la présentation du fœtus au cours de la gestation et la position pendant le travail. « Tantôt », dit-il, (1) c'est un rétrécissement notable du détroit supérieur qui engendre les difficultés, tantôt une inclinaison excessive du bassin en avant qui s'oppose à l'engagement de

(1) Guéniot, *in Thèse*, p. 89.

la partie fœtale, tantôt une présentation du fœtus en travers, tantôt enfin la procidence d'un membre ou du cordon ombilical.

Disons tout d'abord que les présentations transversales et les procidences nous apparaissent comme extrêmement rares. Nous ne retrouvons dans nos observations aucun cas de procidence des membres ou du cordon. Un seul cas de présentation transversale ayant nécessité une version par manœuvres externes est signalé chez *une VIII*^{e} *pare* (observation IX : 8^{e} accouchement) pour laquelle on dut, lors de son septième accouchement, procéder à une application de forceps pour présentation du front. A l'examen du bassin on a noté une antéversion marquée et un promontoire accessible. Signalons également la rareté des présentations anormales ; à part la présentation du front dont nous venons de parler, nous n'avons rencontré qu'une seule présentation du siège (Observation IV) versé au cours de la gestation par manœuvres externes. Il s'agit d'une primipare à bassin paraissant aplati tranversalement et dont l'accouchement se termina d'ailleurs spontanément par l'expulsion d'un enfant vivant de 3.250 gr.

A cette question des présentations vicieuses ou anormales qui seraient favorisées par l'étroitesse du grand bassin ou par une antéversion exagérée se rattache celles des présentations que Guéniot appelle « inclinées et irrégulières » et qui auraient pour conséquence de rendre l'engagement difficile et d'apporter dans la marche du travail une certaine lenteur. Quoiqu'il soit souvent difficile de rapporter cette particularité à ses véritables causes, nous constatons en nous reportant à nos observations que chez 11 femmes

sur les 31 qui accouchèrent toujours spontanément l'engagement ne s'effectua lors de leur premier accouchement qu'*au cours du travail* et parfois même *après dilatation complète.* Il est vrai que parmi elles deux présentaient un bassin touché par le rachitisme ; le promontoire était accessible mais dans les deux cas *élevé* avec un promonto-pubien qui mesurait respectivement 10,4 et 10,3 (Voir observations V et VII). Dans tous les autres cas l'observation signalait une *antéversion accentuée.*

Celle-ci est donc susceptible d'apporter par elle-même quelques difficultés au mécanisme de l'engagement. Lobstein (1) le premier l'avait signalé : « La tête de l'enfant appuie sur le pubis et rend la progression difficile. » Delmas (2) écrit dans ses conclusions, qu'abstraction faite de son antéversion le bassin biluxé n'est pas un bassin dystocique. Ajoutons que, comme il résulte de l'étude de nos observations, ce retard à l'engagement provoqué par l'antéversion ne saurait par trop assombrir le pronostic de l'accouchement dans le bassin biluxé. Dans la majorité de cas, et en particulier quand il s'agit de bassins biluxés purs, c'est-à-dire ne présentant pas d'altérations rachitiques surajoutées, l'engagement s'effectue normalement et l'accouchement s'accomplit spontanément. Dans les cas où il est très retardé (Voir observations V et VII) nous devons penser à la coexistence possible d'un rétrécissement, mais il ne faut pas nous étonner de souvent n'en point trouver. L'antéversion suffit

---

(1) Lobstein. *Bulletin Faculté Médecine,* Paris 1817, t. V. p. 512.

(2) Delmas. *Recherches et conclusions nouvelles sur l'anatomie obstétricale du bassin à luxation coxo-fémorale double* Obstétrique, Août 1911.

alors seule pour expliquer cette anomalie de l'engagement. La conduite à tenir est de savoir attendre. La tête, placée en équilibre instable, choisira, si l'on peut dire, la première occasion de s'engager spontanément, parfois même brusquement.

La rapidité de la période d'expulsion et la fréquence relative des ruptures du périnée qui en résultent figurent au nombre des incidents susceptibles de venir compliquer l'accouchement dans les bassins biluxés. Comme pour l'étude de l'engagement dans ces bassins, nous envisagerons la durée de la période d'expulsion chez les primipares, celle-ci pouvant présenter chez les multipares la plus grande variété. Les classiques admettent que la *durée normale de la période d'expulsion* chez la primipare peut varier entre 1/2 heure et 2 heures. Sur l'ensemble de nos observations, nous avons pu relever la durée de la période d'expulsion de l'accouchement de 23 femmes. Nous l'avons trouvée 13 fois égale ou inférieure à 30 minutes et dans 10 cas supérieure. Il semble donc qu'en général la durée de la *période d'expulsion soit nettement diminuée.* Chez ces mêmes femmes on a constaté 8 cas de *déchirures périnéales* dont le rapport avec la rapidité de la période d'expulsion nous paraît difficile à établir étant donné que dans 4 cas il s'agissait en même temps d'enfants d'un poids supérieur à 3,250 gr. Une seule fois l'épisiotomie fut pratiquée. Chez les *multipares* nous ne relevons *aucun cas de déchirures périnéales* malgré la rapidité relative de la période d'expulsion qui dans 15 accouchements sur 22 dura moins de 15 minutes.

Nous ne ferons que mentionner les 4 cas d'avortement que nous avons relevés dans nos observations. Les anciens au-

teurs (peu entre autres) considéraient l'avortement comme étant le plus souvent la conséquence des chutes fréquemment observées chez les femmes biluxées. Cette particularité n'est signalée nulle part dans nos observations. Sur 4 avortements, 3 dont deux de trois mois et un de six semaines ont été observés, chez une VIIIe pare (Voir observation XXXIII). Cette femme avait eu antérieurement quatre accouchements spontanés à terme. Trois ans après son dernier avortement elle accouchait à la Clinique d'un enfant vivant de 3.370 gr. né à terme et paraissant bien portant. Rien dans l'observation de cette femme qui nous permette de retrouver les raisons susceptibles de pouvoir expliquer ces trois avortements successifs. L'observation VIII relate un cas d'avortement chez une V pare dont les quatre accouchements, l'un antérieur, les trois autres postérieurs à cet avortement, s'effectuèrent spontanément et sans complications. Là encore aucun incident n'est survenu au cours de la gestation susceptible d'expliquer cet avortement.

Il semble donc résulter de l'étude de ces faits, que l'avortement reconnu comme conséquence des chutes en avant ou de la claudication doit être considéré contrairement à l'opinion des anciens auteurs comme une complication rare de la gestation chez les femmes biluxées.

La deuxième partie de notre étude de l'accouchement dans les bassins à luxation double va se rapporter aux cas de 6 femmes (Voir Observations, I, VI, IX, XXIII, XXVIII, XXXII) chez lesquelles il a fallu pratiquer une *application de forceps*, le seul mode d'ailleurs d'intervention qui ait été signalé dans nos observations.

Quelles sont donc les raisons qui ont entraîné la néces-

sité de ces interventions? Relèvent-elles de la présence de viciations pelviennes conséquences de la double luxation ou surajoutées à elles (lésions rachitiques en particulier)? Ont-elles été, au contraire, le résultat d'indications plus générales, d'ordre maternel ou fœtal, sans relation apparente avec l'état anormal créé par la double luxation?

L'examen du bassin de ces femmes a permis de constater chez 4 d'entre elles la *présence de déformations rachitiques* surajoutées se traduisant chez l'une par la forme canaliculée du bassin, chez les autres par des signes généraux de rachitisme et l'accessibilité du promontoire. Dans les deux autres cas que nous allons étudier d'abord (Observations XXIII et XXVIII), le rachitisme n'est signalé qu'une fois et encore ne semble-t-il pas avoir intéressé le bassin, le promontoire étant inaccessible. Nous pouvons donc penser que nous nous trouvons ici en-présence de bassins biluxés purs et nous devons alors nous demander quelle part revient à la luxation dans les indications de l'application de forceps pratiquée dans ces deux cas.

Dans l'observation XXVIII, il s'agit d'une primipare de 43 ans biluxée sans rachitisme. Nous pensons bien que chez cette primipare âgée le défaut de contractilité de l'utérus et d'extensibilité du périnée, la rigidité des tissus, causes fréquentes d'applications de forceps chez ces femmes, puisse nous permettre d'expliquer, dans une certaine mesure, la nécessité de l'intervention. Mais, si à l'orientation presque normale de la vulve signalée dans l'observation, a pu répondre une antéversion peu accentuée du bassin, il n'en existe pas moins le fait important de l'engagement de la tête qui ne s'effectua qu'après rupture des membranes à dilatation com-

plète. Il y a là une particularité qu'à défaut de rachitisme, l'antéversion suffit à expliquer. Ce retard de l'engagement devait d'ailleurs avoir sa répercussion sur l'ensemble du travail qui se prolongea durant 27 heures. On dut procéder à une application de forceps en O.I.G.A., une heure et demie après dilatation complète pour modification des bruits du cœur fœtal et diminution notable de la fréquencce des contractions utérines.

De l'étude de ces deux observations il résulte que, dans le bassin biluxé, *l'engagement souvent retardé du fait de l'antéversion* n'entraîne la plupart du temps aucune complication au moment de l'accouchement, il peut néanmoins, dans certains cas, en augmentant la durée du travail, rendre nécessaire l'application du forceps.

Les deux observations précédentes se rapportaient à deux cas d'application de forceps dans des bassins que nous avons convenu d'appeler « bassins biluxés purs ». Les quatre autres observations (N^os^ I, VI, IX, XXXII) sont relatives à des femmes biluxées dont le bassin présente en outre des altérations rachitiques.

Ici la part qui revient à la luxation dans la production des incidents qui motivèrent l'intervention est très difficile à séparer de celle que put avoir la déformation rachitique surajoutée. Chez les quatre femmes dont il s'agit celle-ci nous semble bien peu accentuée.

Dans l'observation I, où l'on relate une application de forceps au détroit supérieur, le promonto-sous-pubien atteignait 12 cm. Dans le bassin caniculé de l'observation VI, il mesurait 11,5 cm. Notons simplement l'application de forceps signalée dans l'observation XXXII chez une femme

présentant un bassin à promontoire accessible, l'intervention ayant été pratiquée à son domicile. Dans l'observation IX il s'agit d'une IX pare dont le bassin présentait à l'examen un promontoire accessible. On dut procéder chez cette femme à deux applications de forceps : la première à l'occasion de son cinquième accouchement, la deuxième pratiquée à la Clinique alors qu'il existait une présentation du front.

Les faits sont d'ailleurs venus confirmer ce que nous venons de dire. Toutes ces femmes présentèrent antérieurement ou postérieurement aux cas dans lesquels il fallut intervenir, un certain nombre d'accouchements spontanés. Deux d'entre elles, en particulier la IX^{e} pare chez laquelle on fit deux applications de forceps, accouchèrent spontanément d'enfants de poids supérieur à la moyenne.

Si maintenant nous envisageons les raisons qui obligèrent à intervenir, nous constatons qu'il s'agit presque toujours d'un retard notable de l'engagement que nous retrouvons même dans les cas où l'accouchement fut spontané (Voir Observation IX). Il nous paraît donc logique d'admettre qu'ici encore l'antéversion a joué dans l'étiologie de ces dystocies un rôle indéniable que nous pouvons même considérer comme primordial étant donné le faible degré des altérations rachitiques présentées par les bassins que nous avons étudiés. Notons enfin que l'application de forceps rendue parfois difficile par suite de l'antéversion exagérée du bassin, n'a présenté dans les cas que nous avons étudiés aucune difficulté.

Quoi qu'il en soit, nous ne devons pas oublier la coexistence fréquente du rachitisme (signalé dans 11 de nos observations) et de la double luxation. Des altérations rachiti-

ques même peu accentuées ne peuvent que venir ajouter à l'influence fâcheuse de l'antéversion. Sur les six observations que nous venons d'étudier, il s'agissait en effet dans quatre cas de bassins frappés de rachitisme. Celui-ci, parfois même, peut atteindre dans certains bassins (Voir planches bassins n° 40, 742 et 746 A) un degré tel que l'accouchement est impossible. Ce sont là évidemment des dystocies que l'antéversion ne saurait à elle seule créer.

OBSERVATIONS

Obs. I. — III[e] pare de 37 ans. *Double luxation congénitale de la hanche. Bassin symétrique. Face antérieure du sacrum accessible.*

I[er] Accouchement. — N° 88. Année 1891. Accouchement au cours du 9[e] mois. *Forceps au détroit supérieur.* Enfant vivant 3.180 gr. Ranimé après 3 h. d'insufflation Mort le lendemain. Dilatation : ? Extraction 25 m. Durée totale du travail : 13 h. 30. Primipare de 28 ans boite légèrement depuis sa première enfance. Bassin ne paraissant pas vicié par le rachitisme. D.promonto-sous-pubien : 12 cm. face antérieure du sacrum accessible. Hauteur utérine : 37 cm. O. I. G. T. Engagement non effectué 3 h. 1/2 après dilatation complète. Application de forceps au détroit supérieur. Rotation en O. P. Après 25 m. de tractions, extraction d'un enfant en état de mort apparente ; ranimé ; mort le lendemain, hémorragie méningée Diamètres : Bi P.= 9,5 ; O.M. : 14 cm. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

II[e] Accouchement. — N° 1764. Année 1892. Accouchement spontané au cours du 8[e] mois. Enfant vivant 2.440 gr. Dilatation ? Expulsion 10 m. ; Durée totale du travail : 2 h. II[e] pare de 29 ans. Hauteur utérine : 33 cm. O.I.G.T. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

III[e] Accouchement. — N° 1738. Année 1900. Accouchement

spontané au cours du 9e mois. Enfant vivant 3 000 gr. Dilatation ? Expulsion : 25 m. Durée totale du travail : 8 h. 55. IIIe pare de 37 ans. Hauteur utérine : 33 cm. O. I. G. A. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. II. — Primipare de 25 ans. *Double luxation congénitale de la hanche. Marche à 2 ans 1/2. Membres inférieurs incurvés.*

Accouchement. — N° 88. Année 1891 spontané au cours du 9e mois. Rupture précoce des membranes. Enfant 3.750 gr. vivant. Dilatation ? Expulsion : 1 h. 15. Durée totale du travail 24 h. 15. Promontoire inaccessible. Hauteur utérine 38 cm. O.I.G.T. Engagement non effectué 20 h. après début du travail. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. III. — IIe pare de 24 ans. *Double luxation congénitale de la hanche. Antéversion très marquée de l'utérus.*

Ier Accouchement. — N° 1528. Année 1896. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant 3.250 gr. Dilatation ? Expulsion 25 m. Durée totale du travail : 8 h. 5. Primipare de 20 ans. Aucun renseignement sur l'âge de la marche. Axe du bassin au niveau du détroit supérieur presque horizontal. Hauteur utérine : 34 cm O. I. G. A. Pas de lésions perinéales. Délivrance et suites de couches normales.

IIe Accouchement. — N° 1121. Année 1900. Accouchement spontané à terme ? Enfant vivant 2.850 gr. Dilatation ? Expulsion 10 m. Durée totale du travail 3 h. 40. Hauteur utérine 30 cm. O.I.G.A. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. IV. — Primipare de 26 ans. *Double luxation congénitale de la hanche. Bassin petit paraissant aplati dans le sens antéro-postérieur. Siège versé au cours de la gestation.*

Accouchement. — N° 1938. Année 1897. Spontané à terme. Déchirure périnéale. Enfant vivant 3.250 gr. Dilatation ? Expul-

sion 2 h. 5. Durée totale du travail 23 h. 25. Femme ayant marché très tard. On n'atteint pas le promontoire. Hauteur interne 40 cm. O. I. G. T. (tête débordant la symphyse). Enfant vivant : diamètres Bi P. = 9, 9 ; O M = 14, 8. Lésions perinéales nécessitant deux points Délivrance et suites de couches normales.

Obs. V. — II[e] pare de 35 ans. *Double luxation congénitale de la hanche. Rachitisme. A marché à trois ans. Bassin canaliculé.*

I[er] Accouchement. — Année 1890. Accouchement provoqué à 8 mois 1/2 ?

II[e] Accouchement. — N° 1726. Année 1898. Accouchement spontané à terme. Engagement 6 h 1/2 après dilatation complète. Enfant 3.120 gr vivant. Dilatation 4 h. 30 Expulsion 9 h 20. Durée totale du travail 13 h. 50. Promontoire très élevé. Diamètre promonto sous pubien : 10,3 Hauteur utérine : 35 cm. O I G. T. Enfant vivant m'étonne, crie aussitôt après désobstruction des voies respiratoires. Diamètres : Bi P. = 9,13 ; O.M. = 14, 5. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. VI. — III[e] pare 26 ans. *Double luxation congénitale de la hanche. Bassin canaliculé : promonto sous-pubien : 11,5.*

1[er] Accouchement. — N° 568. Année 1899. *Forceps* en gauche antérieure au cours du 9[e] mois. Enfant 3 450 gr. vivant. Dilatation ? Extraction ? Durée totale du travail : 19 h. 5. Primipare de 20 ans. Le promontoire est assez difficilement accessible. Hauteur utérine : 36 cm. Rupture précoce des membranes 3 h. 1/2 avant dilatation complète O. I. G. A Défaut de progression de la tête, modification des bruits du cœur, douleurs très espacées. Forceps en O.I.G.A. ; extraction facile en O.P. Enfant crie immédiatement. Diamètre Bi P. = 9,5 ; O.M. = 14. Délivrance artificielle 5 minutes après l'accouchement. Pas de lésions périnéales. Suites de couches normales

II[e] Accouchement. — N° 474. Année 1905. Accouchement

spontané à terme ? Enfant 2.790 gr. vivant. Dilatation ? Expulsion 1 h. 34. Durée totale du travail 8 h. 15. IIe pare 26 ans. Hauteur utérine : 34 cm. O. I. D. T. Tête engagée en O. I. D. P. à dilatatation grande paume, 45 minutes avant l'expulsion. Rupture artificielle des membranes à dilatation complète. Enfant : Diamètres : Bi P. = 9,4 ; O.M. = 12, 8. Pas de déchirures périnéales Délivrance et suites de couches normales.

IIIe Accouchement. — N° 368. Année 1907. Accouchement spontané au cours du 9e mois. Enfant 2.450 gr. vivant. Dilatation ? Expulsion 10 minutes. Durée totale du travail 5 h. Hauteur utérine 31 cm. O. I. G. A. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. VII. — Primipare 31 ans. — *Double luxation congénitale de la hanche. Rachitisme. Antéversion très accusée.*

Accouchement. — N° 26. Année 1902. Spontané au cours du 9e mois. Rupture prématurée des membranes. Lésions périnéales. Enfant 2.800 gr. vivant. Dilatation 11 h. Expulsion 30 m. Durée totale du travail 16 h. 15 m. Femme ayant toujours boité. N'a pas été traitée. Taille 1 m. 33. Parenthèses fémorales. Le promontoire élevé est accessible : promonto-sous-pubien : 10,4. Hauteur utérine : 38 cm. L'engagement n'est effectué que 3 h. 15 avant l'expulsion. Rupture des membranes 15 m. avant dilatation complète. Enfant : diamètres Bi P. = 8, 6 ; O. M. = 13,5. Lésions périnéales ; 2 points de suture. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. VIII. — Ve pare de 29 ans. *Double luxation congénitale de la hanche. Marche à 2 ans. Raccourcissement du membre inférieur gauche. Antéversion marquée.*

Ier Accouchement. — N° 1933. Année 1902. Accouchement spontané au cours du 9e mois. Enfant vivant 3.150 gr. Dilatation ? Expulsion 35 m. Durée totale du travail 11 h. Primipare 21 ans. Hauteur utérine : 33 cm. O. I. D. T. Tête engagée en O I. D. P. à

dilatatation 2. f. 7 heures avant expulsion. Enfant vivant. Diamètres Bi P. = 8,8 ; O.M.= 12,6. Déchirure périnéale : 2 points. Délivrance et suites de couches normales.

IIe Avortement. — 6e mois à la Maternité ? 1903.

IIIe Accouchement. — N° 479. Année 1905. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant 3.380 gr. Dilatation ? Expulsion 30 m. Durée totale du travail : 5 h. IIIe pare 24 ans. Hauteur utérine : 31 cm. O.I.D.P. Rupture précoce des membranes 2 h.30 avant dilatation complète. Petites lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

IVe Accouchement. — N° 1341. Année 1906. Accouchement spontané au cours du 9e mois. Enfant 2.850 gr. Vivant. Dilatation ? Expulsion 10 m. Durée totale du travail 9 h. 10 m. IVe pare 25 ans. Hauteur utérine : 34 cm. O. I. G. A. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

Ve Accouchement. — N° 913. Année 1910. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant 3270 gr. Dilatation ? Expulsion 10 m. Durée totale du travail : 21 h. 45. Ve pare 29 ans. Hauteur utérine : 33 cm. O. I. D. P. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. IX. — IXe pare 43 ans. *Double luxation congénitale de la hanche ? A marché à 18 mois. Promontoire accessible. Antéversion marquée.*

Ier Accouchement. — 1er mars 1893. Sommet spontané à terme ? chez elle.

IIe Accouchement. — 5 décembre 1894. Sommet spontané à terme ? chez elle.

IIIe Accouchement. — 21 septembre 1896. Sommet spontané à terme ? chez elle.

IVe Accouchement. — 13 décembre 1897. Sommet spontané à terme ? chez elle.

Ve Accouchement. — 31 août 1901. *Forceps* à terme. Enfant vivant chez elle.

VIe Accouchement. — N° 752. Année 1904. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant 3.200 gr. Dilatation ? Expulsion : 7 h. 1/2. Durée totale du travail 28 h. VIe pare de 37 ans. Hauteur utérine : 33 cm. O.I G.A. La tête s'engage lentement au cours de la dilatation. La femme fatiguée pousse mal. Enfant : Diamètres : Bi P. = 9 ; O. M. = 13,1. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

VIIe Accouchement. — N° 1204. Année 1906. Accouchement au cours du 9e mois. *Forceps*. *Présentation du front*. Enfant 3.150 gram. Mort apparente, ranimé, meurt 15 minutes après. Dilatation ? Extraction 10 m. Durée totale du travail 39 h. 10. VII pare de 42 ans. Hauteur utérine = 39 cm. Extrémité céphalique ne s'engage que 30 h. 50 après dilatation complète et rupture artificielle des membranes. Présentation du front. Souffrance du fœtus. Forceps comme pour une O.I.D.P., 10 minutes de tractions. Enfants : Diamètres Bi P.= 8,5 ; O M.= 12,2. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

VIIIe Accouchement. — N° 1255. Année 1907. Accouchement spontané à terme. Version par manœuvres externes pour position transversale. Enfant vivant 3.950 gr. Dilatation ? Expulsion : 4 h. Durée totale du travail 25 h. VIIIe pare de 43 ans. Hauteur utérine 38 cm O.I.G.T. après version par manœuvres externes pour position transversale 6 jours avant l'accouchement. La tête n'est engagée que 3 h. 30 avant l'expulsion. Rupture précoce des membranes 9 heures avant dilatation complète. Enfant : diamètres Bi P. = 9,5 ; O.M. = 14,4. Pas de lésions périnéales. Délivrance, suites de couches normales.

IXe Accouchement. — N° 153. Année 1911. Accouchement spontané à terme. Mort de l'enfant au cours du travail. Enfant mort 3.450 gr. Dilatation 31 h. ? Expulsion 2 h. 45. Durée totale du travail 34 h 15, IX pare de 43 ans. Hauteur utérine = 36 cent. O I.G.T. Rupture précoce des membranes 2 h. 30 avant dilatation

complète. La tête ne s'engage que 2 h. 30 après la dilatation complète. Bruits du cœur ne sont plus perçus 8 minutes avant l'expulsion d'un fœtus mort. Enfant : Diamètres Bi P = 9,5 ; O M = 13,5. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. X. — II pare de 19 ans. *Double luxation congénitale de la hanche. Scoliose dorsale.*

1er Accouchement. — N° 848. Année 1905. Accouchement spontané à terme. Enfant 3.300 gr. vivant. Dilatation ? Expulsion 30 m. Durée totale du travail 11 h. 50. Primipare de 16 ans. A toujours marché en canard. Hauteur utérine : 32 cm. ; O. I. D. P. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

IIe Accouchement. — N° 1578. Année 1908. Accouchement spontané à terme ? Enfant 2.920 gr. Dilatation ? Expulsion 5 m. ; Durée totale du travail 9 h. 45. II pare de 19 ans. Hauteur utérine 34 cent. O. I. D. P. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. XI. II pare 38 ans. *Double luxation congénitale de la hanche. A marché à 18 mois. Promontoire accessible. Ensellure lombaire très marquée.*

1er Accouchement. — N° 1839. Année 1905. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant 3.250 gr. Dilatation ? Expulsion 30 m. Durée totale du travail : 9 h. Primipare de 29 ans. Hauteur utérine 33 cm. O. I. D. P. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

IIe Accouchement. — N° 501. Année 1916. Accouchement spontané au cours du 9e mois. Enfant vivant 3.690 gr. Dilatation ? Expulsion 1 h. 30. Durée totale du travail 11 h. 30. II pare 38 ans. Hauteur utérine = 39 cm. O.I.G.T. Engagement en O.I.G.A., 15 minutes avant l'expulsion. Rupture précoce des membranes

2 h. 30 avant dilatation complète. Enfant : diamètres Bi P.=9,3 ; O.M.=14,1. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. XII. — Primipare de 25 ans. *Double luxation congénitale de la hanche. A marché à 3 ans. Taille 1 m. 40.*

Accouchement. — N° 1207. Année 1906. Spontané au cours du 9e mois. Enfant vivant 2.380 gr. Dilatation normale Expulsion 50 m. Durée totale du travail 14 h. Hauteur utérine ? O I.D.P. Rupture précoce des membranes 2 h. avant. Dilatation complète. Lésions périnéales : 0. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. XIII. — Primipare 26 ans. *Double luxation congénitale de la hanche. A marché à 5 ans. Ensellure lombaire très marquée.*

Accouchement. — N° 183. Année 1907, spontané au cours du 7e mois. Enfant 1.980 gr. vivant. Dilatation normale. Expulsion 15 m. Durée totale du travail 20 h. 50. Déchirure périnéale. Aucun stigmate de rachitisme. Hauteur utérine : 30 cm. O. I. G. A. Petite déchirure périnéale ; 2 points. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. XIV. — Primipare de 23 ans. *Double luxation congénitale de la hanche. Lordose lombaire.*

Accouchement. — N° 253. Année 1908 spontané au cours du 9e mois. Enfant vivant 3.120 gr. Dilatation normale Expulsion 25 m. Durée totale du travail 10 h. 15. Hauteur utérine 32 cm. O. I. G. A. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

Osb. XV. — II pare de 26 ans. *Luxation congénitale double de la hanche.*

1er Accouchement. — N° 1720. Année 1908. Accouchement spontané au cours du 9e mois. Enfant vivant 3.370 gr. Dilatation

normale. Expulsion 40 m. Durée totale du travail 9 h. ? Lésions périnéales légères. Primipare 24 ans Pas de stigmates de rachitisme. Hauteur utérine 31 cm. O. I. D. P. Délivrance et suites de couches normales.

IIe Accouchement. — N° 109. Année 1910. Accouchement spontané au cours du 9e mois. Enfant 3.150 gr. vivant. Dilatation normale. Expulsion 45 m. Durée totale du travail : 7 h. 15. II pare de 26 ans. Hauteur utérine 34 cm. O. I. D. P. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. XVI. — Primipare de 23 ans. *Double luxation congénitale de la hanche. A marché à 14 mois.*

Accouchement. — N° 1857. Année 1908, spontané à terme. Enfant 3.830 gr. vivant. Dilatation 33 h. 45 ? Expulsion 30 m. Durée totale du travail 34 h. 15. Femme ayant marché à 14 mois, se serait arrêtée pendant 4 mois et recommencé à marcher à 18 mois. Hauteur utérine 36 cm. O.I.D.P. Petite déchirure périnéale à la commissure postérieure (1 point). Délivrance et suites de couches normales.

Obs. XVII. — Primipare de 23 ans *Double luxation congénitale de la hanche. A marché à 18 mois.*

Accouchement. — N° 1095. Année 1808 spontané à terme ? Enfant 1.790 gr. vivant. Dilatation ? Expulsion 30 m. Durée totale du travail 10 h. ? Lésions périnéales légères Hauteur utérine 34 cm. O. I. G. A. Délivrance et suites de couches normales

Obs. XVIII. — Primipare de 30 ans. *Luxation congénitale double de la hanche. A marché à 19 mois. Ensellure lombaire marquée. Utérus cordiforme.*

Accouchement. — N° 386. Année 1909, spontané au 9e mois. Enfant vivant 1.760 gr. Dilatation ? Expulsion 10 m. Durée totale du travail 6 h. 10. Hauteur utérine = 31 cm. O.I.G.A. Pas

de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. XIX — II pare de 28 ans. *Double luxation congénitale de la hanche. A marché à 22 mois.*

1er Accouchement. — N. 919. Année 1909. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant 3.130 gr. Dilatation ? Expulsion 30 m. Durée totale du travail 16 h. Promontoire non accessible ; excavation bonne O.I.D.T Engagement en O I.D P. Délivrance et suites de couches normales.

IIe Accouchement. — N° 314. Année 1912. Accouchement spontané à terme Enfant 3630 vivant. Dilatation ? Expulsion 1 h. Durée totale du travail : 27 h II pare 28 ans ; la tête ne s'engage que 1 h. après dilatation complète en O I.D.P. Hauteur utérine = 35 cm Rupture précoce des membranes 1 h. avant dilatation complète. Enfant : Diamètres Bi P.= 9,9. O.M.= 12,5. Pas de lésions périnéales. Suites de couches et délivrance normales.

Obs. XX. — Primipare de 20 ans. *Double luxation congénitale de la hanche. Age de la marche 22 mois. Membre inférieur gauche plus court.*

Accouchement. — N° 1422. Année 1909. Spontané à terme. Enfant 3 250 gr. vivant. Dilatation normale. Expulsion 45 m Durée totale du travail 13 h. 30. Hauteur utérine = 33 cm. O.I.G.T. Rupture précoce des membranes 6 heures avant la dilatation complète. La tête ne s'engage que 12 heures avant l'expulsion. Enfant : Diamètres : Bi P. = 9,2 ; O.M. = 14,2. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. XXI. — Pare de 25 ans. *Double luxation congénitale de la hanche. A marché à 17 mois.*

Ier Accouchement. — Sommet spontané à terme. Chez elle,

IIe Accouchement. — N° 2023. Année 1909. Accouchement spontané au cours du 8e mois. Enfant vivant 2 510 gr. Dilatation normale. Expulsion : 15 m. Durée totale du travail : 10 h. 30. Femme de 25 ans. Pas de rachitisme. Hauteur utérine = 29 cm. O.I.G.A. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales

Obs XXII. — IV parc 30 ans. *Double luxation congénitale de la hanche A marché à 18 mois. Antéversion exagérée.*

Ier Accouchement. — 20 octobre 1904. Sommet spontané à terme ? Chez elle.

IIe Accouchement. — 27 janvier 1905. Sommet spontané à terme ? Chez elle.

IIIe Accouchement. — 18 Décembre 1907. Accouchement spontané à terme ? Chez elle.

IVe Accouchement. — N° 256. Année 1910. Accouchement spontané au cours du 9e mois. Enfant vivant 3.370 gr Dilatation normale. Expulsion : 30 minutes. Durée totale du travail : 6 h. 30 ? Femme de 30 ans, a boité depuis ses premiers pas. Pas de signes de rachitisme. Hauteur utérine = 32 cm. O. I. D. P. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. XXIII. — Primipare 28 ans. *Double luxation congénitale de la hanche. Rachitisme. Rupture prématurée des membranes.*

Accouchement. — N° 203. Année 1911. A terme. *Forceps (lenteur du travail)* Enfant 2.820 gr. vivant. Dilatation lente Extraction ; 5 m. Durée totale du travail 51 h. Lésions périnéales (infiltration). A marché à 14 mois. Squelette présentant des signes de rachitisme Hauteur utérine = 32 cm. O I D.T. Rupture prématurée des membranes 24 heures avant début du travail. La tête ne s'engage que 22 heures après le début du travail. Lenteur anormale de la dilatation. Forceps : indications mater-

nelles : pouls 120, température 38,2 périnée infiltré. Indications fœtales : pouls 160. Enfant crie aussitôt Diamètres Bi P. = 9,3 ; O. M. = 12,4. Lésions périnéales : 2 points profonds, 1 superficiel. Périnée infiltré. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. XXIV. — Primipare 25 ans *Double luxation congénitale de la hanche. A marché à 2 ans*

Accouchement. — N° 592. Année 1911. Spontané à terme. Enfant 2.700 gr. vivant. Dilatation normale. Expulsion 20 m. Durée totale du travail : 7 h. 20. Hauteur utérine : 33 cm Tête engagée en O.I G.A. à dilatation 5 Enfant : diamètres : Bi P.= 8,2 ; O.M.= 12,3. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. XXV. — II pare 29 ans. *Double luxation congénitale de la hanche. Petite taille (1 m,43). Raccourcissement jambe gauche. Ensellure lombaire très marquée.*

I^re^ Accouchement. — 11 avril 1909. Accouchement spontané à terme. Enfant : 3.250 gr. vivant.

II^e^ Accouchement. — N° 705. Année 1911. Accouchement spontanée à terme ? Accouchée chez son concierge. Enfants vivants : 2.190 gr. Diamètres Bi P. = 9 ; O. M. = 13,2. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. XXVI. — IV pare de 27 ans. *Double luxation congénitale.*

I^re^ Accouchement. — 18 septembre 1909. Sommet spontané à terme ? Chez elle.

II^e^ Accouchement. — 9 juin 1910. Accouchement prématuré au 6^e^ mois chez elle.

III^e^ Accouchement. — Accouchement n° 1292. Année 1911, spontané à terme. Enfant vivant 3 300 gr. Dilatation 2 h. 15 ; Expulsion : 15 m. Durée totale du travail 2 h. 30. III pare de 27

ans. Hauteur utérine : 33 cm. O.I.D.T. La tête ne s'engage qu'à dilatation de 5 f. Enfant : diamètres : Bi P = 9,8 ; O. M. = 13 Pas de lésions périnéales Délivrance et suites de couches normales.

IV^e^ Accouchement. — N° 1453. Année 1912. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant 3.170 gr. Dilatation : 8 h. 45. Expulsion : 15 m. Durée totale du travail : 9 h. Hauteur utérine : 33 cm. O.I.G.A. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. XXVII – Primipare de 21 ans. *Luxation congénitale double de la hanche.*

Accouchement. — N° 1344. Année 1911. Spontané à terme. Enfant vivant 3.400 gr. Dilatation normale. Expulsion : 1 heure. Durée totale du travail : 9 h. 15. Hauteur utérine : 33 cm. O.I.D.P Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. XXVIII. — Primipare de 43 ans. *Double luxation congénitale. A marché à 18 mois.*

Accouchement — N° 1629 Année 1911. *Forceps* à terme en O. I. G A (*Modification des bruits du cœur*). Enfant 3.600 gr. vivant. Dilatation ? Extraction ? Durée totale du travail : 27 h. Lésions périnéales légères. Hauteur utérine = 39 cm O. I. G. T. La tête s'engage en O. I. G. A après rupture des membranes à dilatation complète. Une heure après les bruits du cœur deviennent plus rapides, sourds et irréguliers, les contractions utérines s'espacent notablement. Forceps en O.I.G A. 1 h. 30 après dilatation complète. Enfant crie après désobstruction des voies respiratoires : Bi P.= 9,4 ; O. M. = 14 Légère déchirure périnéale. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. XXIX. — Primipare de 28 ans. *Double luxation congénitale de la hanche. Antéversion très marquée.*

Accouchement. — N° 519 Année 1912, spontané à terme. Enfant 3.550 gr. vivant. Dilatation normale ; expulsion 1 h. ; Durée totale travail 39 h. 30. Hauteur utérine = 34 cm. Lésions périnéales : 1 point de suture. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. XXX. — II pare 32 ans, *Double luxation congénitale de la hanche. A marché à 2 ans. Ensellure lombaire marquée.*

I[er] Accouchement. — Septembre 1909. Accouchement spontané au 8[e] mois ? Enfant vivant.

II[e] Accouchement. — N° 638. Année 1913. Accouchement spontané au 9[e] mois Enfant 2.880 gr. vivant ; dilatatation normale. Expulsion : 10 m. Durée totale du travail : 11 heures. Femme de 32 ans. Pas de rachitisme. Engagement brusque de la tête en O.I.G.A. après rupture spontanée des membranes à dilatation complète. Pas de lésions périnéales Délivrance et suites de couches normales.

Obs. XXXI. — Primipare 25 ans. *Double luxation congénitale de la hanche. A marché à 7 ans. Promontoire accessible et élevé. Rupture prématurée des membranes.*

Accouchement. — N° 874. Année 1915, spontané à terme. Enfant 2900 gr. vivant. Dilatation ? Expulsion : 30 m. Durée totale du travail : 12 h Légère lésion périnéale. Hauteur utérine : 30 c. O. I. G. A. Rupture prématurée des membranes 11 heures avant dilatation complète. Enfant : diamètres Bi P. = 9,5 ; O.M = 13,9. Lésion périnéale (1 crin de Florence simple). Délivrance et suites de couches normales.

Obs. XXXII. — II pare 25 ans. *Double luxation congénitale de la hanche. A marché très tard Petite taille. Promontoire accessible.*

I[er] Accouchement. — 1913. *Forceps* à terme ? Enfant vivant.

IIe Accouchement. — N° 523. Année 1916. Spontané au cours du 9e mois. Enfant vivant : 2.680 gr. Dilatation ? Expulsion : 5 m. Durée totale du travail 30 m. ? Hauteur utérine = 29 cm. O.I.G.A. Rupture prématurée de la poche des eaux (traumatisme sexuel) 35 heures avant début du travail. Délivrance : rétention de caduque, fétidité de l'œuf ; t° = 38°, 7 avant l'accouchement ; injection d'aniodol, t° = 37°7. Pas de lésions périnéales. Suites de couches normales.

Obs. XXXIII. — VIII pare, 35 ans. *Double luxation congénitale de la hanche. Age de la marche inconnu.*

1er Accouchement. — Août 1903. Sommet spontané à terme Chez elle.

IIe Accouchement. — Septembre 1904. Sommet spontané à terme ? Chez elle.

IIIe Accouchement. — Avril 1906. Sommet spontané à terme ? Chez elle.

IVe Accouchement. — Novembre 1907. Sommet spontané à terme ? Chez elle.

Ve Mai 1908. Avortement. 3 mois ? Chez elle.

VIe 1909. Avortement. — 6 semaines ? Chez elle.

VIIe 1913. Avortement. — 3 mois ? Chez elle.

VIIIe Accouchement. — N° 845. Année 1916. Accouchement spontané à terme. Enfant 3.770 gr. vivant. Dilatation : 4 h. 50. Expulsion : 10 m. Durée totale du travail : 5 heures. Femme de 35 ans Hauteur utérine : 37 cm. O.I.G.A. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. XXXIV. — II pare de 34 ans. *Double luxation congénitale de la hanche. A marché à 16 mois.*

Ier Accouchement. — Mai 1907. Accouchement spontané à terme ? Chez elle.

IIe Accouchement. — N° 1519 : Année 1916. Accouchement spontané à terme. Enfant 3.850 gr. vivant. Dilatation ? Expulsion : 15 m Durée totale du travail : 30 m. ? Hauteur utérine : 32 cm. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. XXXV. — Primipare de 26 ans. *Double luxation congénitale de la hanche.*

Accouchement. — N° 347. Année 1918. Enfant : 2.800 gr. vivant. Déchirure périnéale légère. Dilatation ? Expulsion 30 m. Durée totale du travail : 16 h. 30. Hauteur utérine : 30 cm. Engagement progressif de la tête au cours du travail O.I.G.A. Enfant : diamètres BiP. = 9,4 ; O. M. = 13,1. Déchirure périnéale incomplète (2 crins de Florence). Délivrance et suites de couches normales.

Obs. XXXVI. — Primipare 30 ans *Double luxation congénitale de la hanche. Rupture prématurée des membranes.*

Accouchement. — N° 441. Année 1918. Spontané au 9e mois. Enfant 2.900 gr. vivant. Dilatation ? Expulsion 1 h. Durée totale du travail : 26 h Hauteur utérine : 31 cm. Rupture prématurée des membranes 25 heures avant début du travail. O. I. D. P. Pas de lésions périnéales. Délivrance et suites de couches normales.

Obs. XXXVII. — Primipare de 32 ans. *Double luxation congénitale de la hanche. A marché à 10 mois.*

Accouchement. — N° 959. Année 1918. Accouchement spontané à terme. Episiotomie. Enfant 3.800 gr. vivant. Dilatation ? Expulsion 1 h. Durée totale du travail : 21 h. 30. Hauteur utérine : 33 cm. O. I. G. A. Episiotomie (3 crins). Enfant : diamètres Bi P. = 9,5 ; O.M. = 13,5. Délivrance normale. Suites de couches : les 18 premiers jours température oscillant entre 37°3 et 38°1.

CONCLUSIONS

I) Les contradictions des descriptions données du bassin déformé par double luxation congénitale des fémurs tiennent à ce que l'on n'a pas suffisamment tenu compte de deux facteurs : 1° l'action de la double luxation sur le bassin ; 2° la forme originelle du bassin.

Il n'existe pas, en effet, un bassin féminin type à dimensions fixes, mais des types variés de bassins féminins obstétricalement normaux. Si à ces formes originelles diverses du bassin viennent s'ajouter les déformations dépendant exclusivement de la double luxation, nous trouvons réalisés les différents types de bassins déformés par double luxation fémorale (aplatis, ronds, transversalement rétrécis au détroit supérieur) qui ont été décrits.

II) L'excavation dans le bassin déformé consécutivement à une double luxation fémorale congénitale présente une notable diminution de hauteur portant surtout sur la partie antérieure et particulièrement accentuée dans les bassins

déformés par la double luxation, frappés de rachitisme. Cette diminution de hauteur du bassin est d'ailleurs très fréquente dans les cas de rachitisme en dehors de toute luxation coxo-fémorale.

L'excavation est le plus souvent agrandie transversalement, l'augmentation des diamètres bi-sciatique et bi-cotyloïdien étant parallèle à celle du bi-ischiatique.

III). Le détroit inférieur par suite de l'écartement des ischions est agrandi transversalement.

IV) Le grand bassin présente à peu près constamment une diminution de sa capacité consécutive au redressement des ailes iliaques.

V) Sur les 37 femmes biluxées dont nous publions les observations, 31 d'entre elles, soit une proportion de plus de 80 0/0 ont toujours accouché spontanément.

VI) Les 7 cas d'application de forceps relevés dans l'observation des 6 autres femmes ont été la conséquence d'une augmentation notable de la durée du travail, consécutive à un retard de l'engagement. Ce retard est dû à l'orientation du détroit supérieur (antéversion du bassin) ou à un léger degré d'aplatissement antéro-postérieur de ce détroit, conséquence d'un rachitisme surajouté.

VII) La durée de la période d'expulsion est nettement diminuée. Les déchirures périnéales sont assez fréquentes. Leurs rapports avec la rapidité de la période d'expulsion sont assez difficiles à saisir.

VIII) Le bassin déformé par la double luxation coxo-fémorale d'origine congénitale n'est donc pas à proprement parler un bassin dystocique. Les plus grandes difficultés survenues au cours de l'accouchement ont été la consé-

quence d'altérations rachitiques surajoutées. L'antéversion de ce bassin et les modifications qu'il présente dépendant exclusivement de la double luxation, ne sauraient créer la plupart du temps de véritables dystocies.

SAINT-AMAND (CHER) — IMPRIMERIE CLERC-DANIEL.